

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1911

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Marcel AUDIBERT

Né à Montauban (Tarn-et-Garonne), le 26 avril 1884

Rétroflexion aiguë primitive

DE

L'UTÉRUS GRAVIDE

« Dupuytren vieilli bornait sa prétention à s'être trompé moins que les autres. »

Conférence de M. le P^r Delbet, sur la responsabilité du chirurgien

Président : M. QUÉNU, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

MM.

Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL
Pathologie chirurgicale	DEJERINE
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie	PIERRE MARIE
Opérations et appareils	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	HARTMANN
Thérapeutique	POUCHET
Hygiène	MARFAN
Médecine légale	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée	CHAUFFARD
	ROGER
	HAYEM
Clinique médicale	GILBERT
	DEBOVE
	LANDOUZY
	HUTINEL
Maladies des enfants	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GILBERT BALLEST
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	
Clinique chirurgicale	DELBET
	QUENU
	RECLUS
	SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	BAR
	PINARD
	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	ALBERT ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	REITTERER
BRINDEAU	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BROCA (A.)	GUENOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MATILLARD	ROUVIERRE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOI	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MA SŒUR

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Au début de ce travail, qu'il nous soit permis tout d'abord d'adresser tous nos remerciements à Monsieur le Professeur QUÉNU qui a bien voulu nous faire le grand honneur de présider notre thèse.

Au Docteur THÉVENARD, à qui nous devons le sujet de cette thèse, qu'il reçoive ici l'expression sincère de notre reconnaissance et de nos remerciements.

Il nous a aidé de ses conseils autorisés ; c'est à lui que j'offre les efforts de ce trop modeste travail que j'eusse voulu traiter avec une science plus en rapport avec ses mérites et avec sa bienveillance.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR QUÉNU

Chirurgien des Hôpitaux
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur



Digitized by the Internet Archive
in 2026

RÉTROFLEXION AIGÜE PRIMITIVE

DE

L'UTÉRUS GRAVIDE

INTRODUCTION

L'étude de la rétroflexion utérine, dans ses rapports avec la pathologie utérine et avec la gravidité, a déjà depuis longtemps retenu l'attention des chirurgiens et des accoucheurs.

Les mémoires parus sur ce sujet sont nombreux ; et à mesure que se précisent, se détaillent les descriptions anatomiques et cliniques de l'utérus rétrofléchi, se multiplient aussi les observations et les méfaits de cette déviation anormale.

Avant elle, les auteurs décrivirent surtout la rétroversion. Il faut en arriver à la seconde moitié du xix^e siècle pour que la personnalité anatomique et clinique de la rétroflexion soit reconnue, établie et différenciée de la rétroversion.

De nos jours encore, nous verrons la rétroversion et la rétroflexion se disputer la prépondérance dans

l'esprit des auteurs ; particulièrement dans les rétro-déviation de l'utérus gravide, il nous apparaît que certains cliniciens proclament la fréquence des rétroversions et la rareté des rétroflexions de l'utérus gravide.

Il nous paraîtra utile, au cours de ce travail, de revenir sur ces divergences d'interprétation.

L'intérêt de l'étude des rétroflexions utérines, dans la grossesse, devient plus grand encore, lorsqu'on reconnaît les graves complications auxquelles elles donnent lieu aux diverses périodes de la gravidité.

Dans ces conditions, en effet, les accidents sont de plus en plus menaçants, et si la chance d'une réduction spontanée échappe, les troubles du côté du fœtus et du côté de la mère se précisent et imposent au chirurgien ou à l'accoucheur la nécessité d'une intervention.

Si l'étude des accidents de la rétroversion de l'utérus gravide a été poussée assez loin et se trouve traitée dans tous les ouvrages classiques, il ne nous a pas paru en être de même de certains accidents et notamment *de la rétroflexion aiguë, survenant comme complication inhérente à la grossesse elle-même et dans les premiers mois.*

Il nous a paru intéressant de contribuer dans une bien modeste mesure à l'étude de la rétroflexion de l'utérus gravide, en exposant une série d'accidents que détermine la rétroflexion et qui, dans la pratique, par le caractère et la forme des symptômes, par leur soudaine apparition pendant une grossesse

jeune, parfois ignorée, ressortissent plutôt au chirurgien qu'à l'accoucheur.

Nous voulons parler d'une forme de rétroflexion de l'utérus qui, à la faveur de la gravidité, se produit brusquement, spontanément, et qui emprunte la symptomatologie aiguë, quelquefois dramatique, des torsions des tumeurs pédiculées ou des torsions utérines même.

Nous avons été conduit à la conception de cette rétroflexion aiguë par quelques observations que nous analyserons au cours de ce travail et qui, par la rareté du fait, la soudaineté des accidents, la difficulté du diagnostic et l'impérieuse nécessité d'y remédier, nous a paru donner quelque intérêt à des recherches dans ce sens. Les erreurs de diagnostic auxquelles ces accidents ont donné lieu, erreurs qui souvent sont plus faciles à commettre qu'à avouer, ont ajouté un intérêt tout particulier à nos investigations.

Dans les travaux et les traités de Gynécologie ou d'accouchements parus, il est parlé de la rétroflexion ou de la rétroversion brusque.

Baudelocque, plus tard Doléris, dans la thèse de son élève Combarieu, admettent ces deux formes pour la rétroversion, ils divisent les rétroversions en forme lente ou progressive et forme brusque subite. Ils ne considèrent cette dernière comme aiguë que par ses accidents, ceux-ci le plus souvent postérieurs et à longue échéance, à la rétrodéviation même, et qui seraient dus à des phénomènes d'in-

carcération du produit de la conception de l'utérus rétrodévié.

Au contraire, si nous avons, dès le début, parlé de la brusquerie des symptômes observés chez nos malades et, partant, de la *soudaineté de la rétroflexion qui les déchaîne, c'est pour établir une forme clinique vraie, typique dans son acuité, se produisant dès les premiers mois de la grossesse, et relevant autant, sinon plus, du changement brusque de la statistique utérine que de ses conséquences au point de vue fœtal. Dans la forme que nous décrivons, rétroflexion et accidents sont mentionnés et corrélatifs.*

Nous nous hâtons d'ajouter qu'en dehors de cette forme brusque de rétroflexion aiguë, totale, existe une forme à expression clinique moins brutale dont les accidents d'abord subaigus, arrivent cependant assez rapidement en l'absence de traitement à prendre une allure dramatique.

En résumé, dans cette étude, nous aurons surtout en vue *la rétroflexion aiguë se produisant après la conception, déterminée par la grossesse, au même titre qu'une torsion utérine*, à tel point qu'elle s'en complique parfois, forme qu'il est facile de rapprocher de la torsion aiguë par tumeur, et que nous séparons des accidents aigus ou subaigus survenant dans les premiers mois de la grossesse, occasionnés par une rétroflexion légère, mobile, préexistante, complétée brusquement ou progressivement par le développement de la grossesse.

Nous disons rétroflexion légère, car il nous est permis de considérer sinon comme impossible, au moins comme très rare, la fécondation d'un utérus rétrofléchi d'une façon complète avec adhérences, phénomènes qui ne sont pas sans lésions intimes des tissus utérins et sans lésions des annexes.

Les auteurs sont unanimes à considérer la rétroflexion fixe ancienne comme une cause certaine de stérilité.

Nous avons essayé de schématiser dans un tableau ce que nous venons de poser en prenant pour terme de comparaison l'utérus normal dans une grossesse normale.

UTÉRUS

	Avant la grossesse	Pendant la grossesse	Symptômes
1 ^{er} cas	normal	normal	normaux
2 ^e cas (objet de notre travail).	normal	rétroflexion complète brusque, survenant dans le premier mois, compliquée ou non de torsion.	aigus, graves, dus non - seulement à l'incarcération, mais surtout à la gêne circulatoire de l'organisme.
3 ^e cas	rétroflexion mobile partielle	a) rétroflexion complète brusque. b) rétroflexion progressivement complétée.	aigus, graves subaigus de moyenne gravité

CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES

La rétroflexion brusque dans son étiologie, dans sa pathogénie et dans son mécanisme, peut être envisagée comme la synthèse rapide, instantanée des phénomènes qui s'observent dans la rétroflexion progressive.

La rétroflexion est, en effet, constituée par la flexion de l'utérus en arrière, le fond tombant dans l'espace de Douglas, le col étant dirigé en bas et légèrement en avant. L'axe de l'utérus présente ainsi une ligne courbe ou un angle aigu, suivant le degré de flexion, ouvert en bas et en arrière. Le ligament large suit l'utérus dans sa situation anormale, et tandis que normalement la face antérieure ou vésicale regarde en avant et en bas (antéflexion normale) et que la face postérieure regarde en arrière et en haut, dans la rétroflexion, les deux faces subissent une plicature dont l'ouverture plus ou moins accentuée regarde vers le sacrum ou même plus bas vers le coccyx ou la pointe du coccyx.

On se rend compte ainsi de la déviation plus ou moins exagérée que subit l'axe de l'utérus, le canal utérin, les trompes, les ligaments et notamment le

ligament large avec tous les vaisseaux et nerfs ; on soupçonne ainsi les troubles qui vont atteindre la physiologie de l'utérus et les réactions symptomatiques qui les traduiront.

ETIOLOGIE

UTÉRUS RÉTROFLÉCHI EN DEHORS DE LA GROSSESSE

Avant de décrire les symptômes de la rétroflexion aiguë, il nous paraît intéressant d'examiner toutes les causes qui faciliteront ce brusque changement de position de l'utérus.

En revoyant les diverses opinions émises sur les causes qui favorisent la rétroflexion de la matrice à l'état de vacuité, c'est-à-dire en dehors de la grossesse, nous aurons ainsi fait comprendre quel est le rôle important et décisif que va jouer la gravidité.

Nous compléterons cette étude des causes prédisposantes, préparantes pour ainsi dire, par l'étude des modifications que la grossesse apporte dans la statique utérine.

Nous croyons même pouvoir affirmer, d'ores et déjà, que ces modifications peuvent suffire dans certains cas à produire la rétroflexion aiguë.

Quelles sont les causes de la rétroflexion utérine en général ?

Ce sont toutes les causes des rétrodéviations.

Il est admis par de nombreux auteurs qu'il existe

une rétrodéviatiou congénitale, qu'il existe une rétrodéviatiou de la puberté consécutive à une métrite virginal.

Néanmoins, les rétrodéviations s'observent le plus souvent chez les multipares.

Schultze, dans son *Traité des déviations*, les a étudiées d'une façon très détaillée.

Signalons d'abord les causes qui sont, au point de vue statique, plus ou moins réalisées dans cette entité clinique que l'on a nommée utérus mobile, matrice folle.

A ce sujet, nous citerons la description qu'en fait le Dr Pichevin dans un rapport que nous mentionnons dans notre résumé bibliographique.

« Certains utérus, dit Pichevin, sont dans l'équilibre le plus instable que l'on puisse imaginer, indépendamment même de toute influence du rectum et de la vessie. Toutes choses égales d'ailleurs, tantôt la matrice est en antédeviation marquée, tantôt elle se trouve en position moyenne, un moment après, elle est en rétrodeviation accentuée. Sous l'influence de la moindre pression, l'utérus décrit autour d'un axe transversal passant à peu près au niveau de l'orifice interne, des mouvements extrêmement étendus, des oscillations telles, que l'angle ouvert en avant, formé par la flexion du corps sur le col, se trouve subitement transformé en un angle qui regarde en bas et en arrière. »

C'est là tout le processus de la rétroflexion aiguë

que Pichevin décrit sous l'appellation pittoresque de matrice folle.

A propos de cette description de la rétroflexion aiguë de la matrice en dehors de la grossesse, il nous a paru intéressant de donner ici la reproduction d'une clinique du professeur Tillaux, dans laquelle le savant chirurgien présente, décrit, diagnostique un cas de rétroflexion aiguë. Ces lignes, admirables de clarté et de précision, nous semblent présenter un grand intérêt en se plaçant dans cet article, et jeter une utile lueur sur le sujet qui nous occupe.

OBSERVATION DE M. LE PROFESSEUR TILLAUX

Rétroflexion instantanée et accidentelle de l'utérus
(*Annales de Gyn.*, déc. 1889, t. XXXII, p. 405.)

Cuisinière, trente-sept ans, sans antécédents pathologiques utérins, ayant eu un enfant il y a dix ans.

Cette femme fit un violent effort pour tirer un lit et, tout aussitôt, elle ressentit une vive douleur dans le bas ventre, une sensation très pénible de pesanteur du côté du rectum. Les règles apparurent huit jours après avant l'époque habituelle, durèrent onze jours et les douleurs persistèrent durant tout ce temps. Il survint ensuite un peu de calme sans que cependant la malade cessât de souffrir. Les douleurs se manifestaient surtout au moment des selles et persistaient quelque temps après.

Depuis trois semaines l'état s'est sensiblement aggravé, les douleurs durent cinq ou six heures après la selle et la malade

les compare à une sensation de déchirement dans le bas ventre, une sensation de brûlure qui l'oblige à se recoucher. Elle ne peut reposer autrement que sur le dos et dès qu'elle se tourne sur l'un ou l'autre côté, les douleurs augmentent. Ces douleurs sont principalement localisées à droite, dans la région ovarienne. La pression en ce point est intolérable sans qu'on puisse, à l'aide du palper, en trouver l'explication. Le ventre n'est pas ballonné ; il est de volume ordinaire et sonore sur toute son étendue. La miction est normale.

La malade n'a pas de fièvre et l'appétit est conservé. Voyons maintenant ce que nous fournit le toucher utérin. Le col présente une direction sensiblement normale, quoique cependant légèrement porté en avant vers le pubis. L'orifice est un peu élargi, déchiqueté. On n'arrive pas à sentir le corps de l'utérus par le toucher bimanuel. Par contre l'exploration du cul-de-sac postérieur nous fournit des notions précises : nous y constatons la présence d'une tumeur ferme, lisse, arrondie, en continuité manifeste avec le col. Ces deux parties forment entre elles un angle obtus très facilement appréciable avec le doigt. La pression exercée en ce point détermine une douleur vive, mais caractère très important à noter, la tumeur se déplace, fuit sous le doigt, est réductible, ce dont nous aurons à tirer parti à propos du traitement.

Le toucher du cul-de-sac postérieur nous révèle encore autre chose : à gauche de la tumeur que je viens de signaler, on trouve une seconde tumeur indépendante de la première, dont elle est séparée par un sillon perceptible au doigt. Ce sillon est sans doute peu marqué et exige, pour être perçu, un toucher assez délicat, mais enfin il est très manifeste.

Cette seconde tumeur, plus petite que la précédente, du volume d'une noix environ, également lisse et arrondie, présente une sensibilité tellement exquise qu'il n'est pas possible même d'en frôler la surface avec le doigt sans faire pousser à la malade un cri de douleur.

On ne trouve rien d'anormal dans le cul-de-sac droit. Le toucher rectal permet de constater l'existence des deux tumeurs précédentes et il n'est douloureux que lorsque le doigt arrive à les rencontrer.

Il n'existe pas d'hémorroïdes. L'anus est sain, sans fissure.

Il nous est, en général, très difficile, lorsque nous constatons l'existence d'une rétroflexion, de savoir à quelle époque elle remonte, d'en connaître la cause exacte, d'en saisir le mécanisme; or, il ne paraît pas douteux que la rétroflexion constatée chez notre malade date seulement du 23 septembre dernier, qu'elle s'est opérée brusquement à la suite d'un effort violent.

L'utérus s'est infléchi à l'union du corps et du col à la manière d'un ressort et a conservé cette position.

Nous sommes donc en présence d'une rétroflexion en quelque sorte aiguë, et ces cas bien que signalés par les auteurs sont loin d'être fréquents ou du moins atteignent rarement le degré de netteté que présente celui-ci.

Un point d'une haute importance est de déterminer si les douleurs intenses qu'accuse la malade, ne tiennent uniquement qu'à la déviation utérine; ou bien s'il faut plutôt les rattacher à une inflammation de l'utérus et des annexes.

Or, il n'existe aucune espèce d'écoulement par le vagin; les règles sont revenues dans les conditions normales, il n'y a donc pas d'endométrite.

L'utérus est plutôt petit que gros ; il est donc vraisemblable qu'il ne s'agit pas de métrite parenchymateuse.

Je vous ai déjà dit qu'en exerçant avec le doigt une pression sur le corps de l'utérus, on pouvait mobiliser cet organe. J'ajoute qu'en imprimant au col des mouvements latéraux et surtout d'avant en arrière, on sent très nettement que le corps sent ses mouvements et qu'il bascule en avant lorsque le col est porté en arrière. De ces signes, nous pouvons conclure que l'utérus est mobile, libre de toute adhérence, réductible, et que par conséquent la périmétrite fait défaut.

Je suis un peu embarrassé relativement aux ovaires.

Nous avons vu que la région ovarienne droite était très douloureuse spontanément et à la plus légère pression de l'abdomen. L'ovaire gauche est accessible par le vagin et paraît le siège d'une douleur extrêmement vive. Aurons-nous donc affaire à une double ovarite, à une salpingo-ovarite qui aurait déterminé la rétroflexion dont le rôle serait par conséquent très secondaire ? Vous comprendrez, Messieurs, sans qu'il soit nécessaire d'y insister, toute l'importance de cette donnée au point de vue du traitement.

La question est assez délicate à résoudre ; cependant, je crois à l'intégrité complète des annexes et voici pourquoi. Les salpingo-ovarites sont à peu près toujours consécutives à une endométrite ; or, cette femme n'en présentait aucune trace au moment de l'accident et aujourd'hui encore elle en est indemne. La malade souffre beaucoup ; mais elle n'a pas la moindre fièvre, l'état général est bon, l'appétit est conservé. Elle peut être sous ce rapport comparée à un sujet atteint de luxation non réduite. J'ajoute que l'ovaire gauche, le seul accessible à l'exploration directe, ne m'a pas paru augmenté de volume. Reste donc la douleur comme signe de

salpingo-ovarite ; mais l'ovaire sain est, de même que le testicule, très sensible au toucher et d'ailleurs son déplacement n'est pas sans exercer quelques tiraillements bien capables d'expliquer cette douleur.

Je crois donc pouvoir ainsi formuler le diagnostic : rétroflexion utérine subite, instantanée sans inflammation ni de l'utérus ni des annexes.

Si la déviation utérine est la cause unique des douleurs (et je ne puis me l'expliquer que par la distension brusque du plexus nerveux utéro-ovarien), il est évident que l'indication qui s'impose est de redresser l'organe.

Le professeur Tillaux fit la réduction pure et simple de l'utérus, parce qu'il s'agissait d'une rétroflexion brusque et que

« de même que l'organe a conservé la direction vicieuse en arrière à la suite d'un violent effort, pourquoi ne conserverait-il pas l'inflexion en avant que nous lui imprimerons mécaniquement ».

« Depuis quatorze jours que le redressement de la matrice a été opéré, les douleurs n'ont pas reparu. Je dois dire toutefois que les règles survenues ces jours derniers ont été un peu douloureuses au moment de leur apparition, mais en définitive la malade se considère comme guérie.

» Dans quelle situation se trouve actuellement l'utérus ? Eh bien, je dois vous dire que mon espoir ne s'est pas réalisé ; le corps est de nouveau porté en arrière, cependant la malade n'éprouve aucun des inconvénients si pénibles qu'elle accusait antérieurement. Comment expliquer ce fait ? Je vous ferai remarquer qu'un grand nombre de femmes sont

atteintes de rétroflexion sans qu'aucun phénomène la révèle, Il s'agit alors d'une déviation moins prononcée ou qui s'est effectuée lentement de manière à ne pas agir brusquement sur les plexus nerveux utéro-ovarien. Nous aurions donc par notre intervention modifié favorablement en ce sens la rétroflexion sans que le toucher permette de constater nettement une nuance aussi délicate. Quoi qu'il en soit de l'explication, nous avons guéri notre malade au moins temporairement et si les accidents apparaissent de nouveau, je n'hésiterai pas à lui proposer une hysteropexie. »

Il existe encore de nombreuses causes de rétroflexion. Nous citerons le résumé succinct du travail de Schultze dans *le Traité de Chirurgie de Le Dentu et Delbet* (t. X, 1^{re} partie) :

» 1° Le relâchement des moyens de fixité de l'utérus : à savoir les muscles rétracteurs de l'utérus, les muscles contenus dans les ligaments larges, les ligaments ronds et les aponévroses du diaphragme pelvien.

» C'est ce que M. Doléris étudie dans son travail intitulé : *Statique utérine et plancher pelvien (Nouvelles archives d'Obstetrique et de Gynécologie, 1890)*.

» 2° La fixation du col à la paroi antérieure du pelvis : cet état serait dû à des cicatrices consécutives, à des paramétrites antérieures, à des cicatrices produites par des déchirures du col, à des opérations non aseptiques, etc.

» 3° Le raccourcissement de la paroi vaginale anté-

rieure, enfin la plénitude habituelle de la vessie : cette dernière cause a été depuis longtemps invoquée comme une raison des rétrodéviations utérines.

Plus grande est son importance, comme nous le verrons dans la rétroflexion de l'utérus gravide.

Enfin, comme cinquième cause, Schultze signale les déchirures périnéales de l'état de béance de la vulve.

On peut admettre que toutes ces causes prédisposent l'utérus à se laisser facilement rétrofléchir, surtout lorsque la gravidité viendra les aggraver. A cette classe correspondent les rétroflexions partielles, complétées par la grossesse, dont nous avons parlé.

Néanmoins il est un autre ordre de faits qui s'ajoutent aux précédents et qui présentent un intérêt tout particulier : ce sont ceux qui proviennent des infections de la matrice, ceux qui sont signalés dans *le Traité de Chirurgie de Le Dentu et Delbet* sous le titre : *Rétrodéviation par suite d'infection et d'inflammation péri-utérine*.

Ils présentent une analogie avec les modifications physiologiques qu'exerce la grossesse sur l'organisme utérin.

» L'élément infection agit, en effet, comme agiront dans la gravidité les phénomènes congestifs. »

« L'élément infection limité à l'utérus affaiblit la paroi utérine au niveau de la charnière et la matrice, sous l'influence des causes les plus banales (disten-

tion vésicale, nous dirons grossesse), se dirige en arrière, d'autant plus aisément que le plancher pelvien peut avoir été atteint plus ou moins profondément.

» Le diaphragme pelvien est affaibli par le seul fait de l'inflammation qui porte sur le plancher pelvien; l'utérus gros, congestionné, enflammé, a un point faible au niveau de l'isthme. Des lésions périmétrosalpingiennes attirent en arrière l'utérus, le culbutent.

» L'utérus se culbute en arrière, parce que des deux segments pré et rétro-utérin, le postérieur est plus atteint. » (*L'analogie est frappante avec ce qui se passe dans la grossesse, comme nous le verrons plus loin.*)

Les ligaments utéro-sacrés sont relâchés et affaiblis; le releveur est atteint; l'utérus s'abaisse plus ou moins. Les ligaments ronds en particulier retiennent le fond en avant pendant un certain temps, mais ils finissent par céder; dès lors le fond est repoussé en arrière par la vessie distendue, repoussé en arrière par la pression abdominale qui s'exerce de plus en plus sur lui et sur sa face antérieure, se dirige en arrière et ne revient pas en avant parce que les ligaments antérieurs eux-mêmes sont affaiblis.

Tels sont les causes et le mécanisme de la rétroflexion de l'utérus à l'état de vacuité. C'est la forme lente de la rétroflexion.

Elles éclairent, nous semble-t-il, l'étiologie et le

mécanisme de la rétroflexion aiguë de l'utérus non gravide et de l'utérus gravide.

La forme aiguë de la rétroflexion de l'utérus non gravide peut, en résumé, pouvoir être expliquée par une prédisposition spéciale qu'a cet organe à subir les effets d'une violence, d'un effort (cas de Tillaux) ou de la distension de la vessie, en un mot d'une force à direction antéro-postérieure.

Nous nous proposons maintenant de montrer l'analogie qu'il y a entre l'étiologie et le mécanisme de la rétroflexion de l'utérus vide et de l'utérus gravide.

Ajoutons que, lentes ou aiguës, les rétroflexions peuvent être provoquées par la présence d'une tumeur de l'utérus (fibromes du corps, par exemple) ou des annexes (kyste de l'ovaire, etc.).

Il nous paraît intéressant de souligner, en passant, la ressemblance qui existe et que suggère, au point de vue statique, l'utérus alourdi par un fibrome ou par la grossesse.

Ces analogies vont se préciser par l'étude des causes et du mécanisme de la rétroflexion pendant la grossesse.

Ce chapitre résume toute l'étiologie de la rétroflexion utérine ; il trouve ici sa place, car il éclaire l'étude que nous faisons des cas particuliers de la rétroflexion utérine dans la gravidité où toutes ces causes n'entrent pas en jeu. Il répond aux cas de rétroflexions classiques que la gravidité ne détermine pas seule, mais augmente progressivement ou brus-

quement, et qui sont surtout l'apanage des multipares.

Nous allons maintenant parler des cas, plus rares il est vrai, qui font l'objet de notre thèse, *qui reconnaissent comme cause unique la gravidité et qui sont plutôt l'apanage des primipares.*

RÉTROFLEXION DE L'UTÉRUS GRAVIDE

La rétroflexion peut être déterminée par les modifications que produit la grossesse dans la situation des deux portions de l'utérus : le corps et le col.

« Il est rare, a dit Baudelocque, de trouver dans les derniers temps de la grossesse l'axe longitudinal de la matrice parallèle à celui du bassin, parce qu'il est impossible que le fond de cet organe s'élève à une certaine hauteur parmi les intestins, *sans s'incliner d'un côté ou de l'autre* (Baudelocque, *Art des accouchements*, t. I^{er}, p. 91).

Nous pouvons affirmer, avec les auteurs modernes, que ses modifications se manifestent bien avant les derniers temps de la grossesse.

Parmi les déviations que peut subir le col de l'utérus, c'est celle du col en arrière qui est intéressante. Cette direction du col en arrière est pour ainsi dire normale dans la grossesse, surtout au début, et le plus souvent elle tient aux proportions plus considérables que prend la paroi antérieure du col comparativement à la postérieure.

De plus, bien que le ramollissement du col soit lent dans les premiers mois de la grossesse, il n'en est

pas moins vrai que cette portion de l'utérus commence déjà à subir un changement de consistance qui favorisera sa plicature. C'est ainsi que se réalisent les *premières conditions* de la rétroflexion utérine; *elles constituent des conditions prédisposant l'utérus à la rétroflexion brusque.*

Examinons maintenant les phénomènes qui se passent du côté du corps.

« Au troisième mois, nous dit M. Ribemont-Desaignes dans son *Traité d'accouchements*, le fond de l'utérus fournit l'élément principal de l'accroissement de l'utérus qui prend une forme ovoïde bien marquée au cinquième mois. »

Ce développement de la paroi postérieure est important à considérer, car il est permis de lui attribuer une action importante parmi les causes qui occasionneront la bascule du fond de l'utérus en arrière, *seconde condition* qui découle de la définition de la rétroflexion-utérine.

Ce développement de la paroi postérieure a pour conséquence une modification dans la statique utérine, une augmentation de poids et par conséquent l'existence d'une force qui s'appliquera à porter l'utérus en arrière au même titre qu'une tumeur fibreuse développée en ce point.

Cette augmentation de poids dont la paroi postérieure et le fond supportent les effets, réalise tout au moins des conditions suffisantes à expliquer la possibilité d'une rétroflexion aiguë.

En outre, au point de vue de la direction, l'axe de

l'utérus est reporté en arrière de l'axe du détroit supérieur, surtout s'il s'agit d'une primipare à paroi résistante.

De plus, l'utérus gravide est le siège de modifications actives du côté de la constitution des tissus.

Si les différentes tuniques musculaires subissent une hypertrophie physiologique prononcée, on constate que cet organe est le siège d'une hyperactivité fonctionnelle dont *la congestion* est l'aboutissant.

Cette congestion utérine qui, dans l'utérus non gravide, peut, comme nous l'avons vu, ménager des points faibles, diminue la rigidité de cet organe et constitue l'affaiblissement de la paroi utérine au niveau de la charnière, représentée par le col, au niveau de son orifice interne. Les ligaments eux-mêmes prennent aussi part à ces modifications histologiques.

Le rôle de cette congestion utérine, dont nous ne voulons pas exagérer l'importance, existe cependant et peut être singulièrement exagéré par des infections possible existant antérieurement à la grossesse et dont nous avons signalé l'importance dans la pathogénie de l'utérus rétrofléchi en dehors de la grossesse.

Disons en outre que Bossi a constaté sur trois utérus enlevés au cours d'opérations obstétricales, la dégénérescence graisseuse des fibres musculaires de l'utérus, et qu'il lui attribue deux conséquences, à manifestations tardives, il est vrai, *l'inertie utérine et le retard de l'involution utérine.*

Ces détails, certains exceptionnels, trouvent tous leur place et leur importance dans l'étude de la rétroflexion aiguë qui constitue, elle aussi, une rareté.

Les causes extrinsèques ont leur importance. Ce sont les chocs, les changements brusques de position qui modifient brusquement les rapports des viscères abdominaux entre eux, la distension de la vessie arrivée à un certain degré et dépassant la limite d'équilibre de l'utérus, les chutes, un coït...

Il suffira d'une cause quelconque déterminante pour que la statique de l'utérus, dont la rétroflexion est virtuellement amorcée normalement, puisse être brusquement modifiée.

En effet, d'une part la paroi antérieure du col se développe surtout, tendant à se diriger en bas et en arrière; d'autre part, le fond de l'utérus et électivement la paroi postérieure subissent le poids du développement fœtal.

Toutes ces conditions font admettre avec quelle facilité l'utérus subira les causes déterminantes de sa brusque flexion en arrière.

En résumé, nous dirons comme conclusion aux considérations anatomiques, physiologiques ou pathologiques qui concernent l'utérus rétrofléchi, gravide, que la rétroflexion aiguë de l'utérus gravide :

1° *peut être expliquée par les modifications seules apportées par la grossesse à la statique utérine;*

2° *et que par conséquent elle peut être déterminée par la grossesse.*

TORSION AXIALE DE L'UTÉRUS

Notre observation I, où il est parlé d'un cas de rétroflexion brusque, compliquée de torsion, nous oblige à parler de cette complication dont le mécanisme reconnaît les mêmes causes et la même modalité que celui de la rétroflexion.

Il nous paraît même qu'elle est favorisée par la rétroflexion, qu'elle lui est concomitante et qu'elle est aussi occasionnée par la grossesse.

Plus loin, au cours de ce travail, nous verrons que l'analogie de la rétroflexion utérine et de la torsion est frappante, lorsqu'elles sont étudiées isolément et que les observations publiées sur l'une ou l'autre de ces complications de la grossesse présentent dans les symptômes décrits d'incontestables ressemblances.

Nous croyons même qu'elles sont dans bien des cas associées, dans de plus ou moins grandes proportions, la flexion brusque aiguë s'accompagne presque toujours d'une torsion plus ou moins accentuée.

Lorsque ces deux déviations se réunissent dans un cas unique et coexistent, les symptômes sont les mêmes que si l'une d'elles existait, si ce n'était cepen-

dant une légère différence dans leur degré d'acuité, différence si minime toutefois qu'elle est cliniquement inappréciable.

Dès le commencement de la grossesse, dès les premiers mois, alors que l'utérus atteint déjà une notable augmentation de volume, on le voit subir *un mouvement de torsion sur son axe.*

Ce mouvement progressif et lent fait que la face antérieure de la matrice regarde habituellement à droite, son bord latéral gauche en avant, sa face postérieure à gauche et son bord latéral droit en arrière.

Grâce à cette rotation de l'utérus, autour de son axe vertical, il est quelquefois permis, chez une femme à paroi abdominale mince, de sentir les annexes gauches de l'utérus, si le sens de la rotation s'effectue vers la droite. Cette rotation est, du reste, d'après l'opinion de Velpeau acceptée par Pinard, liée à l'inclinaison latérale de l'organe.

Il est facile de comprendre que si la rétroflexion saisit l'utérus dans cette attitude de rotation et se produit brusquement, la torsion déjà amorcée pourra s'exagérer.

L'utérus, en effet, appuyé sur le promontoire, qu'il atteint par son fond et en équilibre sur cette saillie osseuse, inclinée vers l'une ou l'autre des fosses iliaques peut, sous l'influence de la gravidité, rouler pour ainsi dire et y glisser sur l'évidement que présente les parois pelviennes au niveau de la symphyse sacro-iliaque, cette rotation se poursuit pendant le court trajet que parcourt l'utérus pen-

dant sa rétroflexion désormais accomplie par sa chute dans le Douglas.

C'est la portion sus-vaginale du col qui fait pédicule : c'est sur elle que la torsion se fait.

Nous n'avons pas trouvé, dans la littérature médicale, de cas où la rétroflexion brusque ait été signalée, compliquée de torsion de l'utérus sur son axe.

Les cas de torsion de l'utérus sont bien connus et décrits. Les observations où cette complication a été occasionnée par des tumeurs de la matrice sont fréquentes. Dans un article bien documenté, Drucbert et Leroy ont étudié cette question très intéressante et ont recueilli 59 observations.

Ils divisent l'étiologie de cet accident en deux grandes classes : 1^o la torsion de l'utérus consécutive à l'existence d'une tumeur utérine, 2^o la torsion consécutive à l'existence d'une tumeur ovarique. Vingt-neuf observations rentrent dans la première classe, 20 observations se rangent dans la deuxième.

Parmi ces observations recueillies dans les travaux ou publications écrites sur ce sujet, les auteurs donnent des observations personnelles ; ils ajoutent au cours de leur étude qu'ils considèrent comme possible la torsion occasionnée par une salpingite.

Barrozzì (1904), publie, avant eux, un article dans la *Gynécologie* où il étudie la torsion utérine à laquelle il reconnaît comme facteur principal étiologique « la présence d'un néoplasme ».

Il estime exagérée l'importance qu'on a à attribuer à la grossesse dans la production de cet accident.

« La grossesse, dit-il, joue assurément un rôle, non seulement en affaiblissant la tonicité des parois abdominales, mais encore en rendant le tissu utérin plus malléable, plus ductile, état qui favorise certainement l'action de la cause déterminante; ce qu'il faut retenir, c'est que son concours n'est pas indispensable. »

Tout en admettant l'opinion exprimée dans cet excellent article, les faits recueillis par nous et que nous devons à l'obligeance du Dr Thévenard, faits qui lui sont personnels, nous croyons pouvoir affirmer que *si la grossesse joue un rôle secondaire dans la torsion de l'utérus porteur d'un néoplasme, il est des cas où la gravité joue à elle seule les deux rôles de cause prédisposante et de cause déterminante.*

La cause prédisposante est due, comme le dit M. Barrozzi, à l'affaiblissement « de la tonicité des parois abdominales » et à la plus grande malléabilité du tissu utérin.

Nous avons étudié avec détail cette cause prédisposante dans les causes de la rétroflexion.

Cette étude trouve une application tout aussi justifiée ici.

La cause déterminante est ici aussi, comme dans la rétroflexion, *la gravidité.*

L'insertion du placenta sur le fond, le développement fœtal dans cette région réalise les mêmes conditions que celles qui sont accordées à la présence d'une tumeur utérine.

« Le plus souvent, nous dit M. Barrozzi, il s'agit d'une tumeur voisine du fond. »

Le néoplasme, par son poids qui peut être plus ou moins élevé, d'après les observations publiées, peut dans certains cas être assez faible, et cependant suffisant pour déterminer la torsion. C'est son poids qui, appliqué sur le fond de l'organe, va commander son mouvement de torsion axiale. Ce mouvement s'effectuera d'autant mieux que la tige utérine sera plus ductile. Il s'accomplira tantôt avec une lenteur plus ou moins grande, tantôt avec une soudaine brusquerie.

Cliniquement, on observera des cas de torsion *brusque* et des cas de torsion *lente* :

La première de ces variétés occasionnera des accidents immédiats, aigus, dramatiques ;

La deuxième se signalera par des symptômes plus ou moins graves, subaigus, chroniques pour ainsi dire, mais aboutiront, eux aussi, à des accidents d'une redoutable gravité.

L'observation de Syme, publiée par ce chirurgien dans la revue *the Lancet* est un des rares cas où la torsion aiguë de la matrice ait été uniquement due à la gravidité, l'absence de néoplasme confirme l'importance de cette cause unique et prouve que la grossesse est une cause suffisante.

Il est possible d'objecter que même dans cette observation nette de torsion utérine par l'utérus gravide, (la grossesse étant âgée de six mois), elle peut être, pendant les quatre premiers mois, sinon

impossible, du moins une extraordinaire exception.

C'est ici, en effet, qu'intervient l'importance de la rétroflexion simultanément accomplie avec la torsion.

Comme nous l'avons expliqué déjà, le mouvement de bascule de l'utérus en arrière, se faisant dans la rétroflexion à une période de la grossesse où cet organe a déjà commencé sa rotation physiologique sur son axe et son inclinaison, plus ou moins marquée, suivant les cas, vers une fosse iliaque, exagère cette rotation et constitue la torsion.

Cette torsion qui a été observée à un degré plus ou moins prononcé dans toutes les observations atteignant environ un quart de tour, complique singulièrement la rétroflexion. Le point où la torsion se constate est justement le même que celui où se produit la rétroflexion. Il correspond à la zone sus-vaginale, non loin de l'isthme, près de l'insertion du vagin et au-dessus d'elle.

Le col, comme dans la rétroflexion, n'éprouve que peu de résistance à se laisser tordre, car la grossesse, grâce aux modifications physiologiques des tissus et à son allongement provoqué par l'ascension du corps au cours du développement de l'utérus gravide, favorise la torsion en diminuant la résistance normale des tissus utérins.

L'insertion du vagin sur le col et l'action des ligaments pubo-vésico-cervico-vaginaux et utéro-vagino-

sacrés de Farabeuf, immobilise la portion inférieure, vaginale du col.

Pour comprendre les conséquences graves de ces attitudes vicieuses que peut prendre brusquement l'utérus, il nous semble indispensable de faire un résumé succinct des travaux qui ont été consacrés par les anatomistes sur l'angéiologie et la neurologie de l'utérus gravide. Sappey, Testut et Poirier nous fournissent les détails nécessaires à l'explication des phénomènes dont nous constaterons la gravité et l'importance dans la symptomatologie.

La congestion intense, les douleurs vives et très irradiées, les vomissements, les hémorragies, etc., sont la conséquence du changement brusque et plus ou moins accentué que la matrice subit dans la rétroflexion aiguë et plus encore dans la rétroflexion compliquée de torsion.

En effet, la bascule brusque de l'utérus en arrière, sa chute plus ou moins profonde dans le cul-de-sac de Douglas, amène, comme nous l'avons vu, une coudure très accentuée de la matrice. Cette coudure peut être à ce point exagérée que sur une coupe médio-sagittale, on peut voir la face postérieure de l'utérus repliée juxtaposer la face postérieure du corps à la face postérieure du col, absolument comme un acrobate, debout, renversant son corps en arrière, fait toucher sa nuque aux talons.

Dans ces conditions, le ligament large, ce cache-vaisseaux comme l'appelle Farabeuf, suit l'utérus dans sa nouvelle attitude et le paquet vasculo-ner-

veux qu'il recouvre subit la même plicature. Les effets de ce changement brusque de la statique utérine s'exerceront sur les artères, sur les plexus veineux, sur les nerfs.

Les artères, l'utérine en particulier la plus importante de toute, subiront peu les fâcheux effets de la rétroflexion. Son trajet intra-ligamentaire dans la base du ligament large, à la partie latérale du col, le long du bord correspondant de l'utérus semble bien la condamner à éprouver une gêne quelconque le long de son parcours et en différents points dans la rétroflexion.

Mais en outre que sa qualité d'artère lui permet de lutter activement, grâce à ses tuniques et à l'impulsion directe de l'ondée cardiaque, elle peut, grâce à ses flexuosités, éviter une déviation trop brusque et glisser dans le tissu cellulaire qui l'entoure.

Il n'en est pas de même des vastes et riches plexus veineux de l'utérus gravide, qui n'ont ni la force contractile des artères ni l'impulsion directe imprimée à l'ondée sanguine par la systole cardiaque.

« Ce sont les veines qui donnent aux corps de l'utérus gravide son aspect spongieux et caverneux. Elles forment des plexus dont les mailles deviennent de plus en plus fines à mesure qu'on approche de la muqueuse. Sauf immédiatement sous le péritoine où la couche artérielle *la plus superficielle* couvre la couche veineuse, partout ailleurs, ce sont les veines flexueuses, mais non spiralées qui enlacent les

artères, de telle sorte que sur un utérus injecté, on voit à peine ça et là joindre une spire artérielle. »

En outre, les anastomoses veineuses sont des plus riches, sans régularité, et communiquent avec les veines de la vessie et du rectum. C'est surtout sur les grosses veines marginales, le plexus pampiniforme, la veine circulaire du col, décrite par beaucoup d'accoucheurs et considérée par eux comme un point de repère topographique, que se fera sentir la gêne causée par la rétroflexion et par la torsion.

Quant au système nerveux de l'utérus, si développé dans cet organe qu'il a motivé la boutade spirituelle et physiologiquement vraie de Sappey, je crois, *la femme est un vaste utérus servie par des organes*, il est à son tour tirailé, élongé, comprimé même.

« La plupart des auteurs admettent comme exacte la figure de Frankenhaüser et notent l'augmentation de volume du ganglion cervical qui acquiert presque de 5 cm. $1/2$ de haut, sur 3 cm. $1/2$ de large. Junk attache surtout l'importance à une grande arcade anastomotique qui unirait le troisième nerf sacré et les branches latérales du plexus hypogastrique. Quoi qu'il en soit, il faut noter que le plexus utéro-vaginal (ganglion de Lee) affecte dans la grossesse des rapports très étroits avec la partie postéro-latérale du col.

» Ce ganglion, placé de champ contre la partie postéro-latérale du col et du cul de-sac correspondant du vagin se prolonge en arrière vers le rectum dans les replis recto-utérins et est logé par sa masse

essentielle au-dessous et en dedans du point d'entrecroisement de l'uretère et des vaisseaux utérins. »

En outre les nerfs qui sont situés dans le ligament large et dans le tissu cellulaire qui entoure le col de l'utérus et qui sont destinés à l'ovaire, à la trompe et à la matrice tirent leur origine du sympathique et des troisième et quatrième nerfs sacrés ; ils communiquent avec le plexus lombo-aortique, avec le plexus rénal et avec le plexus solaire.

C'est par toutes ces données anatomiques qu'il est permis de comprendre les vives douleurs que provoquent les lésions de la matrice et des annexes et leur irradiation ; enfin, le retentissement qu'elles peuvent avoir sur des organes éloignés et sur tout l'organisme même, par voie réflexe.

Mais c'est surtout aux phénomènes de gêne circulatoire qu'elles sont dues ; les nerfs, à mon avis, sont intéressés indirectement plutôt par la congestion, ce qui se passe sur un membre où il y a une ligature élastique. Dans les torsions de kystes de l'ovaire, pédiculés, dans celles de l'épiploon, il y a bien peu de nerfs mais des douleurs et des accidents réflexes accentués.

Le système nerveux de l'utérus, troublé dans ses rapports, comprimé ou élongé, pourra même par voie réflexe réagir sur la vascularisation de la matrice, déjà exagérée par la gravidité. Après les phénomènes de vaso constriction qui, en physiologie, sont les premiers phénomènes par lesquels le système nerveux réagit sur les vaisseaux, se déclare la phase de vaso-

dilatation, de nature paralytique, grâce à laquelle la congestion s'exagère.

Nous verrons dans la symptomatologie la vérification de ses données physiologiques générales.

Nous pouvons maintenant exposer les observations qui font l'objet de nos recherches, nous en étudierons les symptômes, nous en analyserons la valeur et nous en déduirons ainsi le diagnostic et le traitement.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Thévenard)

M^{lle} de X..., dix-neuf ans, primipare, aurait eu ses premiers rapports il y a environ cinq mois, mars 1897.

Ses règles auraient manqué il y a trois mois, c'est à-dire en mai 1897. Dans les deux mois qui suivirent cette disparition des règles, elle aurait revu en très petite quantité. Ses menstrues se seraient présentées alors sous forme de petites pertes sanguines, rouge vif, sans caillot et auraient duré deux jours ; espacées, les pertes se sont effectuées sans douleurs, en très petite quantité, sous forme d'émissions sanguines discrètes.

En même temps, elle dit avoir éprouvé des nausées, surtout le matin, et une certaine sensation de tension des seins.

En juillet 1897, exactement le 20 juillet, cette jeune femme éprouve dans la nuit, pendant un coït, une douleur violente dans le bas ventre ; douleur qui s'irradie ensuite dans les lombes et dans les cuisses. Elle passe ainsi une nuit agitée, avec des sensations « de barre » dans les reins et de pesanteur dans le bas-ventre. La douleur excessive pendant la nuit se calme vers le matin et prend le caractère d'une dou-

leur sourde, généralisée dans tout l'abdomen, avec prédominance cependant aux lombes et aux cuisses. En même temps, un écoulement sanguin est apparu, rouge vif, sans aucune odeur, peu abondant il est vrai.

C'est dans cet état que je trouve la malade qui me fit appeler ce matin même, 21 juillet 1897.

J'examine la malade dont le facies un peu pâle et tiré, n'est cependant pas inquiétant. Le pouls, un peu agité, est accéléré, mais bien frappé (90 pulsations).

A la palpation, j'éprouve quelque difficulté à examiner l'abdomen qui se défend notablement. Néanmoins, par une palpation attentive, je finis, en insistant avec douceur, à sentir au-dessus du bord supérieur du pubis une tuméfaction.

Je cherche à délimiter cette tuméfaction; avec beaucoup de peine, j'arrive au bout de quelques instants à la suivre dans la fosse iliaque gauche; je reconnais qu'elle empiète peu à droite de la ligne médiane.

Toutes ces manœuvres sont un peu douloureuses et j'ai la sensation que la perception du palper est un peu obscure, à cause de la sensibilité de la paroi abdominale et de la défense musculaire.

Par le toucher, je reconnais le col qui est mou et derrière la symphyse pubienne. J'accède facilement sur l'orifice utérin, dont je note la mollesse.

En arrière de ce col, mon doigt sent et parcourt un sillon transversal sur lequel il bute et qui le sépare d'une tumeur globuleuse, bombant dans le cul-de-sac postérieur et latéral gauche.

Cette tuméfaction est rénitente, presque fluctuante, peu douloureuse.

Le palper bimanuel me fait voir que cette tumeur fait corps avec celle que je sens, au travers de l'abdomen, dans la fosse iliaque ; elle me semble en rapport avec le bord latéral gauche de l'utérus que je sens dans le vagin, avec le col comme point de repère. Pas de troubles vésicaux. Constipation.

Mon diagnostic est hésitant. Je pense à une grossesse extra-utérine en voie de rupture avec déjà un peu d'hématocèle.

Ce dernier diagnostic m'était suggéré par la douleur subite extrêmement violente, la petite hémorragie utérine que l'on observe souvent dans les grossesses ectopiques en voie de rupture la consistance de la tumeur sentie dans le cul-de-sac postérieur.

Dans l'indécision et jugeant inopportun toute intervention intempestive, j'ordonnai le repos absolu au lit, lavement laudanisé et recommandai à l'entourage de venir m'avertir à la première alerte (réapparition de l'hémorragie ou de douleurs vives).

Je revenai voir la malade le soir. Les douleurs avaient subi une nouvelle exacerbation, accompagnée de pertes de sang et de nausées ; elles s'accompagnaient de violentes déchirures dans les reins, dans le périnée, dans les cuisses. Très agitée, la malade poussait par instant des cris aigus. La face était pâle, anxieuse, syncopale ; je ne constatai pas d'élévation de température, mais le pouls était toujours à 90, quoique bien frappé.

Pour des raisons diverses, j'exposai à l'entourage le désir que j'avais de demander à mon excellent maître, le Dr Bouilly, le concours de son expérience et de son autorité.

Le D^r Bouilly vint donc examiner la malade et porta le diagnostic de grossesse extra-utérine en voie de rupture et conseilla l'opération d'urgence.

La malade fut transportée à l'hôpital de Clichy et opérée en présence du D^r Villemin. Température 38°5, pouls 96 pris avant l'opération. Vomissements verdâtres. Ballonnement du ventre.

Chloroformisation.

La malade est sondée ; on recueille une quantité normale d'urine. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Nous nous trouvons en présence d'un utérus congestionné, gros, d'un violet foncé. Le volume de l'utérus est notablement augmenté et présente à peu près les dimensions d'un utérus gravide au quatrième mois.

Il est nettement rétrofléchi, coincé dans le petit bassin. La coudure brusque se fait au niveau de l'union du col avec le corps. De plus, nous constatons une *torsion* de l'utérus sur son axe que nous évaluons à un quart de tour.

De plus, au niveau de l'isthme, nous notons la présence d'un sillon clair, blanc rosé.

On dégage assez péniblement la matrice, très à l'étroit dans la cavité pelvienne.

Un aide pousse par le vagin et nous facilite ainsi la libération du corps utérin.

L'utérus remis en place ne tarde pas à reprendre une coloration normale. Nous nous assurons qu'il n'a aucune tendance à reprendre sa mauvaise position et nous fermons l'abdomen.

Suites opératoires normales. Les douleurs ont disparu ; les vomissements, attribués au chloroforme, cessent au bout de vingt-quatre heures.

La malade quitte l'hôpital en parfaite santé.

L'accouchement s'est fait à terme. Enfant vivant, bien constitué.

OBSERVATION II

En juin 1904, je suis appelé, par un confrère, auprès de sa femme, qui a été prise subitement de douleurs abdominales atroces et d'hémorragie utérine.

Le jeune couple, tout récemment marié, était descendu pour leur court séjour à Paris, à l'hôtel.

Dès mon arrivée, je trouvai la malade très pâle, se plaignant de violentes douleurs dans le bas-ventre et dans les reins.

Le pouls est rapide et affaibli.

L'hémorragie pour laquelle je suis appelé est très abondante, continue. Les draps sont largement imbibés ; la malade repose sur une flaque de sang. La perte déjà éprouvée me paraît importante, tant par les symptômes cliniques rapidement constatés, que par la quantité de sang répandu sur le lit et dans les linges.

Je n'hésite pas à faire un tamponnement immédiat et une injection de sérum physiologique : 500 grammes, me proposant ensuite de chercher la cause précise de cette hémorragie.

Pendant que je procède au tamponnement vaginal, j'apprends du mari, un confrère, que sa femme, âgée de vingt et un ans, a constaté la disparition de ses règles dès le premier mois de leur mariage, qui date de quatre mois.

Arrivée à Paris, hier au soir, elle a été prise, à la suite

d'un coït. d'une douleur extrêmement violente et subite dans les reins. En même temps apparut l'hémorragie.

Le confrère ajoute qu'il croit sa femme enceinte ; cette grossesse est du reste vivement désirée de part et d'autre.

Les douleurs qui n'ont pas cessé et l'hémorragie dont on me signale la cause possible (la grossesse) m'autorisent à conseiller une injection de morphine de 1 centigramme. Repos absolu, etc.

Je revois la malade le lendemain. J'enlève le tamponnement. Les douleurs, tout en étant moins violentes, n'ont pas cessé. Il y a eu des vomissements bilieux jaunes. Le pouls est à 110 pulsations à la minute. Température 37° 6, rectal.

La palpation est rendue très difficile à cause de la sensibilité de l'abdomen, de la défense musculaire intense et d'un degré assez prononcé de météorisme.

J'arrive cependant à délimiter une tumeur à contour vaguement arrondie, dépassant la symphyse de deux travers de doigt, et située, (à droite de la ligne médiane.

Au toucher, je trouve un col qui a les caractères spéciaux de celui d'un utérus gravide. Il est plaqué derrière la symphyse pubienne ; mais l'orifice en est facilement accessible.

Mon doigt s'engage au-dessous et en arrière du col dans un sillon profond qui permet de suivre assez haut ce que je prends pour le corps.

La tumeur occupe tout le cul-de-sac postérieur dans lequel elle bombe fortement.

L'hémorragie considérable du début, les douleurs violentes, la sensibilité de l'abdomen et son météorisme, les vomissements bilieux, le facies anxieux de la malade me

VOYAGE EN ALGÈRE

décident à la faire transporter dans une maison de santé, d'autant que je pensais à ce moment à une grossesse extra-utérine en voie de rupture et à la nécessité d'une intervention rapide.

Le soir, des douleurs suraiguës se déclarent en même temps qu'une hémorragie qui nécessite un nouveau tamponnement.

La malade a des vomissements porracés. Le ventre est ballonné : la température est à 39 degrés et le pouls à 110.

Ces accidents semblant se rapporter à une infection aiguë, j'hésitai alors, pensant à une torsion d'un kyste de l'ovaire.

Néanmoins, la famille pas assez convaincue de l'opportunité de l'intervention immédiate, me demande de prendre l'avis d'un confrère de province spécialiste en accouchements, que je dois attendre jusqu'au lendemain. Je conseille l'application de la glace sur le ventre, me tenant prêt à intervenir, si les symptômes s'aggravaient ou devenaient plus inquiétants par leur ténacité.

Le lendemain matin, la malade me semble un peu mieux. La nuit a été calme; les douleurs et les vomissements ont cessé. Mais la température reste à 38°5 et le pouls à 110.

Le confrère demandé par la famille porte le diagnostic de grossesse avec décollement placentaire (*placenta prævia*). On décide de surseoir à toute intervention. Cependant l'examen vaginal fait percevoir une augmentation de la tuméfaction dans le cul-de-sac. Je note même un léger œdème vaginal. Le soir, après le départ du confrère appelé en consultation, la température remonte à 39 degrés; les vomissements verdâtres réapparaissent.

La malade éprouve des poussées douloureuses dans le

bas-ventre, moins aiguës cependant. Le pouls est rapide et petit ; 115 pulsations.

Les symptômes péritonéaux, l'augmentation de la fièvre et du pouls, le début brusque, tous ces symptômes graves, joints aux renseignements dus au toucher, me font porter le diagnostic de kyste de l'ovaire tordu à liquide infecté et écarter les diagnostics d'avortement, décollement placentaire.

Je décide l'opération immédiate et je choisis la voie vaginale pour vider le liquide infecté et énucléer la poche, comme je l'ai fait en semblables circonstances.

Après avoir incisé la paroi vaginale postérieure, j'ouvre une poche violacée par laquelle s'écoule du liquide rouge foncé, bientôt la procidence d'un cordon vient me démontrer mon erreur. Très malheureusement, je suis obligé de terminer par une hystérectomie. Je me rends compte, au cours de l'intervention, de la rétroflexion très accentuée de la matrice qui est très violacée, spongieuse. Pas d'annexites. Suites opératoires excellentes.

La malade, revue depuis ne paraît pas mal supporter cette ménopause prématurée.

OBSERVATION III

M^{me} B..., secondipare, âgée de trente ans, a eu des couches très normales lors de son premier accouchement. Depuis, elle a eu des crises d'appendicite qui furent très nettes comme siège et comme symptômes cliniques, suivant les affirmations du très distingué confrère qui la soigne.

Brusquement, le 12 septembre 1907, elle est prise de dou-

leurs violentes dans le bas ventre, mais assez vite généralisées dans tout l'abdomen. Ces douleurs furent à ce moment là, quoique différant par leur siège, attribuées à une nouvelle crise d'appendicite.

A ce moment, cette malade se disait enceinte de trois mois, temps pendant lequel ses règles avaient complètement disparu.

Presque en même temps que ces vives douleurs, la malade s'aperçoit qu'elle perd du sang, rouge d'abord, suivie ensuite d'un petit suintement de sang noirâtre.

Cette hémorragie peu abondante, réduite le lendemain à quelques taches rouges sur la chemise, la brusque violence de la douleur et la coexistence des symptômes de grossesse font porter par le confrère le diagnostic de grossesse extra-utérine.

Elle entre dans ma clinique du boulevard Arago où je suis appelé en consultation. L'examen de la malade me permet de reconnaître par la palpation une tumeur globuleuse, dépassant le pubis de deux travers de doigt, paraissant se prolonger à droite de la ligne médiane et plonger dans la fosse iliaque.

La palpation est très bien supportée par la malade, sauf cependant dans la fosse iliaque droite.

Au toucher, je trouve un col gros, mou, derrière la symphyse, très accessible.

En arrière, je sens un sillon peu profond, au-dessous duquel je perçois une tumeur bombant dans le cul-de-sac postérieur et latéral gauche, semblant faire corps avec le col. La tumeur est peu ou pas mobile.

La température est normale et le pouls légèrement accéléré.
Pas de vomissements.

Des douleurs sourdes irradiées aux lombes et aux cuisses, une sensation grayative au périnée ont fait place à la douleur aiguë du début. L'abdomen est souple, sensible seulement à droite, dans la fosse iliaque.

Il n'y a pas de météorisme.

La malade accuse seulement un peu de gêne dans la miction. La sonde ne ramène cependant pas une quantité exagérée d'urine.

A cause du caractère des douleurs, de l'absence de réaction péritonéale, de la gêne de la miction, de l'existence avouée et constatée de la grossesse et des renseignements fournis par le toucher, nous posons le diagnostic de rétroflexion brusque de l'utérus gravide.

Nous essayons la réduction de l'utérus en faisant mettre la malade dans la position genu pectorale.

Cet essai ne nous donnant aucun résultat, nous essayons la réduction par le palper bimanuel.

Mais l'utérus est fixe et résiste à toutes nos tentatives.

Nous nous décidons alors à chloroformer la malade pour essayer une dernière tentative de réduction, sur la table d'opération, prêts à faire une laparotomie en cas d'insuccès. Il nous est impossible de désenclaver l'utérus et craignant l'inconvénient de manœuvres trop énergiques, nous recourons à la laparotomie.

Nous trouvons en effet un utérus coincé dans le petit bassin, de couleur foncée.

Nous le dégageons avec peine ; il nous faut prier un aide

de favoriser la réduction par une pression progressive exercée par la main dans le cul-de-sac postérieur.

Nous terminons l'opération après avoir enlevé l'appendice atteint de lésions chroniques.

L'utérus nous paraissant très flexible, nous plaçons au fond du Douglas un gros drain qui ressort à la partie supérieure de l'incision abdominale et qui supporte le corps de la matrice. Bonne compression ouatée.

Suites normales. Le drain est enlevé le quatrième jour.

Sortie guérie de la maison de santé au bout de dix-huit jours, la malade a continué normalement sa grossesse.

L'accouchement s'est fait à terme dans de très bonnes conditions.

OBSERVATION IV

M^{me} M..., pas d'antécédents gynécologiques. Primipare, nouvelle mariée (depuis six mois). Enceinte de trois mois d'après ses prévisions personnelles.

A la suite d'une grippe, elle est prise assez brusquement de douleurs vives dans la fosse iliaque droite, en même temps qu'apparaissent des symptômes de péritonisme. Nausées, quelques vomissements, météorisme. Ces symptômes persistent pendant quelques jours avec des exacerbations et des périodes de calme, en même temps il y a une légère élévation de la température vespérale, 38 degrés, 38°5. Bientôt apparaît un œdème de la paroi au niveau de la fosse iliaque droite, œdème qui s'étend et s'accroît au niveau de la région lombaire, à tel point qu'il semble à notre excellent

confrère Péraire qu'il existe une collection sous-jacente. Incision qui ne laisse suinter qu'un peu de liquide séreux. Le météorisme ayant reparu le lendemain, en même temps que la tendance aux nausées, une légère élévation de température et la douleur sourde à droite, on pense à une appendicite et je suis appelé à donner mon avis.

Les symptômes d'appendicite ne me paraissant pas absolument nets; je recherche dans mon examen s'il n'existe pas quelque complication utéro-annexielle permettant d'expliquer les symptômes que nous constatons. Je perçois alors nettement par le toucher un utérus rétrofléchi dont le fond bombe un peu haut il est vrai dans le cul-sac postérieur et latéral gauche; le sillon entre le corps et le col est peu profond, on sent nettement la continuité de l'un à l'autre. Je réduis assez facilement cette rétro-déviatiou, et je crois pouvoir lui attribuer les accidents qui ont été observés. Je conseille au mari de la malade (un confrère) de pratiquer cette réduction, la malade étant en position génu-pectorale et de maintenir la réduction par un tamponnement du cul-de-sac postérieur si besoin est. La malade avoue alors avoir pris spontanément et instinctivement cette position genu-pectorale et en avoir éprouvé un grand soulagement, ce qui me confirme dans mon diagnostic. Et de fait, à la suite du traitement simple que je venais de conseiller, tout rentra rapidement dans l'ordre.

OBSERVATION V

(D^r Lordereau, *France médicale*.

Cliniques du D^r Chantreuil.)

Rétroflexion brusque de l'utérus gravis.

Multipare. A la fin du troisième mois, après un long voyage, *après un effort considérable* pour porter avec son mari une malle qui était très lourde, *le jour même elle sentit dans le ventre*, les lombes, les aines des douleurs sourdes qui l'obligèrent à prendre le lit. Elle éprouvait une sensation de plénitude, de pesanteur dans le bassin au périnée. Dans la nuit, elle remarqua qu'elle ne pouvait plus uriner.

Elle consulta une sage-femme qui lui prescrivit des tisanes de chiendent, de graines de lin et du repos.

Bientôt elle s'aperçut qu'elle perdait constamment du liquide. La sage femme lui dit que c'était du liquide amniotique. Quelques jours après l'état de la femme ne s'améliorant pas, on l'envoya à la clinique.

Elle avait alors dans la région hypogastrique une tumeur fluctuante, rénitente, mate dans toute son étendue qui remontait à quatre ou cinq travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Il ne fut pas difficile de reconnaître à l'odeur que le prétendu liquide amniotique perdu par la malade était tout simplement de l'urine.

La sonde ramène 3 lit. 1/4.

A part la petite masse dont je viens de vous parler, on ne sentait à l'hypogastre rien d'anormal.

Il m'a été impossible d'atteindre l'utérus qui d'ordinaire à trois mois et demi de grossesse forme une tumeur globuleuse dont on sent aisément au-dessus du pubis le fond et même la paroi antérieure.

Après le palper, je pratiquai le toucher.

L'entrée de la vulve était obstruée pour ainsi dire par la paroi postérieure du vagin fortement plissé qui formait là un bourrelet saillant.

J'atteignis le col sans difficulté. Il était à peu près à la hauteur habituelle, mais fortement porté en avant, appliqué contre la paroi postérieure du pubis.

C'était lui évidemment qui causait la rétention d'urine en comprimant le canal urétral. Je le trouvai ramolli dans sa partie inférieure comme il l'est au quatrième mois de la grossesse, et je pus engager la pulpe du doigt dans sa cavité. En portant le doigt en arrière du col je sentis un sillon transverse très marqué et au delà une tumeur assez volumineuse dont la consistance avait bien cette mollesse élastique qui pour un doigt exercé est caractéristique de l'utérus gravide. En examinant avec soin je m'assurai que cette tumeur se continuait avec le col utérin : le doigt promené sur les parties latérales passait du col à la tumeur sans rencontrer le sillon de démarcation qui existait sur la ligne médiane. Je pratiquai le toucher rectal et je confirmai par ce mode d'exploration ce que m'avait enseigné le toucher vaginal. Le résultat de ce second examen fut même plus net que celui du premier.

L'interprétation des faits ainsi constatés n'était pas douteuse. La tumeur n'était pas autre chose que le corps de la matrice en rétroflexion. C'est pour cela que j'avais vainement

cherché à atteindre le fond de cet organe par le palper hypogastrique. Déjà développé par une grossesse de trois mois et demi, l'utérus remplissait l'excavation ; il commençait à être enclavé ou, comme disent les allemands, incarcéré, et déterminait la rétention d'urine en comprimant l'urètre entre le col et la face postérieure.

Les trois principaux signes sur lesquels j'appuyai le diagnostic sont la consistance de la tumeur, sa continuité avec le col et le ramollissement de cet organe. Tous trois se trouveraient également dans la rétroversion. Mais alors le col, au lieu d'avoir à peu près conservé sa situation et sa direction normales, serait beaucoup plus élevé ; il l'est parfois tellement qu'on ne peut l'atteindre ; en outre son extrémité libre serait tournée en haut et en avant, au lieu de rester dirigée en bas ; entre lui et le corps de l'utérus il n'y avait pas ce sillon transverse dont je vous ai signalé la présence sur la ligne médiane.

Dans la grossesse extra-utérine, le col est ramolli ; mais il l'est moins, à terme égal, que lorsque le produit de conception se développe dans la matrice. Malgré cette différence, *le diagnostic de la grossesse extra-utérine et de la rétroflexion de l'utérus gravide est ordinairement entouré de difficultés sérieuses.*

Si l'état de la malade exige qu'on arrive sans retard au diagnostic, on peut être obligé d'explorer la cavité utérine. Pour cela nous avons deux moyens : le cathétérisme et le toucher intra-utérin. L'auteur élimine le cathétérisme, dangereux et infidèle, sujet à méprises.

De semblables méprises ne peuvent pas résulter du toucher intra-utérin. En y mettant une lenteur et une douceur

extrême et s'il le faut en soumettant la malade à l'influence du chloroforme, on arrive à dilater les orifices du col et à faire pénétrer l'indicateur jusque dans la cavité du corps de l'utérus. Ce moyen d'investigation dont nous devons la connaissance à notre excellent maître le Dr Tarnier donne des résultats plus précis et plus certain que le cathétérisme sans exposer à plus d'inconvénients.

Dans le cas présent, j'ai pu asseoir le diagnostic sans y avoir recours en considérant non seulement l'état du col, mais plusieurs autres signes non moins importants. Un kyste foetal ne serait pas en continuité avec le col, comme l'est manifestement la tumeur de notre malade ; on pourrait par le palper hypogastrique atteindre le fond de l'utérus ou celui du kyste, peut-être même l'un et l'autre ; enfin les accidents n'auraient pas présenté les mêmes caractères. On observe dans le cours des grossesses extra-utérines des hémorragies, des phénomènes de faux travail caractérisés par des douleurs et des contractions utérines qui aboutissent à l'expulsion des caillots et parfois d'une véritable caduque formée par la muqueuse de la matrice ; on observe des accidents inflammatoires dont le foyer peut être soit le kyste, soit le péritoine ; quant aux symptômes d'enclavement tels que la rétention d'urine, s'ils se montrent en pareil cas, ce n'est guère d'une manière progressive et non pas brusquement à la suite d'efforts et de fatigues.

OBSERVATION VI

(Schiwartz, in *Annales de Gynécologie*
et d'Obst, 1894, p. 240, 147.)

Dans ce cas, « nous avons eu affaire à un cas de grossesse du fond de l'utérus ayant amené sa rétroflexion brusque et simulant une tumeur inflammatoire ou hématique à cause du manque total des signes physiques de la gestation ».

Notre observation concerne une jeune femme de vingt-deux ans, couturière, qui entre dans notre service le 15 mars 1892 avec des accidents aigus du côté du bas-ventre. Depuis un accouchement il y a quinze mois elle souffre beaucoup du côté gauche ; ces douleurs ont beaucoup augmenté depuis les huit derniers mois et sont devenues absolument insupportables depuis quelques semaines, de telle sorte qu'il lui est totalement impossible de marcher, de rester debout.

Elle a eu ses dernières règles le 11 mars, elles ont duré deux jours et ont été peu abondantes ; elle n'a jamais eu aucun retard, ni aucune irrégularité.

Nous insistons sur ce dernier renseignement qui a une grande importance. L'examen nous montre son abdomen nullement augmenté de volume. La simple palpation fait sentir au-dessus et en arrière du pubis une tumeur qui s'enfonce dans le petit bassin et dont il est difficile de déterminer les limites et la consistance à cause de la tension des parois abdominales.

Elle est douloureuse à la pression.

Le toucher vaginal fait tomber sur un col utérin allongé

en museau de tapir affleurant presque la vulve, de consistance normale. Rien dans les culs-de-sac latéraux ; mais le cul-de-sac postérieur est rempli par une tumeur fluctuante extrêmement douloureuse ressemblant absolument à une hématocele rétro-utérine. Le palper bimanuel montre qu'elle est en arrière de l'utérus ; elle en paraît complètement indépendante. Loin de soupçonner une grossesse, nous introduisons en douceur l'hystéromètre en caoutchouc de Terrillon qui pénètre à 9 centimètres et demi et montre une légère rétroversion.

Le toucher rectal ne fait que comprimer ce qu'a indiqué le toucher vaginal et le palper bimanuel. Pour nous assurer du diagnostic, nous chloroformons la malade et constatons bien nettement l'indépendance de la tumeur qui remplit le cul-de-sac postérieur de Douglas, de l'utérus qui est situé et repoussé en avant contre la symphyse pubienne.

La malade souffre beaucoup et le diagnostic nous présentant malgré tout quelques obscurités nous lui proposons la laparotomie qui est acceptée. Le 24 mars 1894, laparotomie médiane ; l'incision nous permet d'introduire la main et de reconnaître que la tumeur qui est dans le cul-de-sac de Douglas est le fond de l'utérus rétrofléchi à angle aigu sur le corps et sur le col ; ceux-ci constituent un segment mince comme élongé situé en avant tandis que le fond étalé sous forme de tumeur liquide remplit tout le cul-de-sac de Douglas en arrière ; nous sentons à travers les parois utérines une résistance et une fluctuation qui nous font aussitôt songer à une grossesse de deux à trois mois et demi, et après le volume de l'organe. Il nous est facile de redresser l'utérus rétrofléchi, il garde sa situation ; nous ne le fixons pas

et refermons l'abdomen après nous être assuré de l'état d'intégrité complète des ovaires et des trompes. A partir de ce moment notre opérée n'a plus aucune douleur etc....
Accouchement à terme en octobre dans le service du Dr Bouilly.

OBSERVATION VII

(MM. Brindeau et Cathala.)

M^{me} L. ... âgée de vingt-six ans a eu une première grossesse il y a six ans. L'accouchement fut normal. Pendant les suites de couches, il y eut une infection assez sérieuse avec localisation aux annexes. Depuis les annexes sont restées toujours douloureuses, malgré divers traitements employés.

La malade vient consulter l'un de nous pour la première fois le 7 octobre 1909 ; à la suite d'un retard de règles de quelques jours, elle a eu une perte sanguine assez abondante avec caillots. Au milieu du sang et des caillots, il a été expulsé une membrane qui, d'après la description donnée, présentait les caractères d'une caduque. La malade avait eu d'ailleurs quelques nausées les jours précédents.

A l'examen de l'appareil génital, l'utérus est petit, en *antéversion*, non douloureux. Il est reporté en totalité un peu à gauche de la ligne médiane, fixé de ce côté par des adhérences et difficile à mobiliser.

L'essai de mobilisation réveille des douleurs à gauche.

Les annexes sont explorées avec difficulté à cause de l'épaisseur de la paroi abdominale. Elles sont augmentées de volume et un peu douloureuses à la pression des deux côtés, surtout à gauche.

D'après l'examen, il semble qu'il y ait eu un avortement de quelques semaines, causé par les adhérences utéro-annexielles.

La malade est mise au repos et traitée par des injections antiseptiques. La perte sanguine cesse le 12 octobre.

Les règles reparaissent le 4 novembre et le 25 novembre. Depuis le mois d'octobre, les douleurs ont diminué d'intensité et sont moins vivement ressenties qu'avant l'avortement.

28 avril. — La malade consulte de nouveau. Elle n'a pas eu ses règles depuis le 18 mars. La malade a suivi une cure d'amaigrissement et l'appareil génital peut être examiné beaucoup plus facilement que les fois précédentes. On retrouve à peu près les mêmes signes. L'utérus est en antéversion, fixé à gauche par des adhérences. Les annexes droites beaucoup plus faciles à explorer sont indurées et augmentées de volume, plus notablement semble-t-il que la première fois. Dans la crainte d'une grossesse extra-utérine, on recommande à la malade de consulter de suite si elle a une perte ou si elle souffre du bas-ventre.

18 mai. — L'amenorrhée persiste; il n'y a aucun symptôme sympathique de grossesse. Tandis que antérieurement la malade souffrait à gauche, depuis quelques temps elle reçoit des douleurs plus vives du côté droit. L'utérus dont la situation est toujours la même, semble un peu augmenté de volume; les annexes droites sont toujours un peu grosses, mais ne semblent pas avoir augmenté depuis le dernier examen.

2 juin. — Vers midi, à la suite d'une marche un peu rapide, la malade souffre un peu du bas-ventre à droite.

3 juin. — Vers 5 heures du matin, la douleur du côté droit reparait, assez vive, constante; elle se calme dans l'après-midi; aucune perte; pouls à 75°. Un examen fait à 3 heures de l'après-midi ne donne plus du tout les mêmes signes que l'on avait observés précédemment.

Le col, petit et dur, situé à gauche de la ligne médiane se continue par une masse dure, appliqué sur la paroi pelvienne gauche, et paraissant être l'utérus un peu augmenté de volume. A droite, on perçoit une masse, légèrement lobulée, assez volumineuse, à grand axe transversal dont l'extrémité gauche atteint le bord gauche de la partie considérée comme étant l'utérus.

On pense à une grossesse extra-utérine développée dans la corne gauche. La malade est transportée dans une maison de santé.

4 juin. — A 2 h. 1/2 du soir, M. Brindeau l'examine à son tour et confirme le diagnostic de grossesse extra-utérine et l'on se décide à intervenir. Incision verticale sous-ombilicale, paroi très épaisse. On aperçoit immédiatement le corps utérin qui remplit l'excavation. Cet utérus est tordu sur son axe de façon à ce qu'il présente son bord droit en avant; il est complètement immobilisé par des adhérences qui le fixent aux organes voisins épiploon, gros intestin. On libère assez facilement ces adhérences qui sont friables et filamenteuses, quelques-unes saignant un peu sont liées au catgut.

Il existe en outre, cinq ou six petits kystes inflammatoires qui sont réséqués. La face postérieure de l'utérus étant complètement adhérente au cul-de-sac de Douglas, on dégage cette face avec le doigt. Les annexes sont comprises dans ces adhérences, principalement à gauche; on les détruit

de façon à les libérer. On referme l'abdomen à l'aide d'une suture à trois plans. Suites opératoires normales, aucune contraction utérine, aucune perte sanguine (Injection de 2 centigrammes de morphine le premier jour). La malade sort de la maison de santé quinze jours après l'opération. La paroi a bien pris. Son utérus a continué à se développer.

Cette observation prouve combien certains diagnostics de grossesse extra-utérine sont difficiles à établir, même quand on a l'esprit éveillé de ce côté. Dans notre cas, il ne s'agissait pas de grossesse angulaire si bien étudiée par M. Bar, mais d'une latéro-version de l'utérus gravide avec adhérence interne de l'organe au petit bassin.

OBSERVATION VIII

(Syme, *the Lancet*, 1906.)

Torsion axiale de l'utérus

Il s'agit d'une femme âgée de vingt-six ans, enceinte de six mois. Elle en est à sa troisième grossesse.

Elle est prise tout à coup d'une douleur violente dans tout l'abdomen, occasionnant une syncope. Pas d'hémorragie. Le pouls est à 190.

Laparotomie. L'utérus présente une coloration noirâtre. La main passée dans le petit bassin sent un pédicule étroit que l'on reconnaît tordu de droite à gauche.

Ligature. Ablation de tout l'utérus constituant la tumeur.

SYMPTOMES

Le tableau clinique de la rétroflexion aiguë primitive peut donc, d'après les observations précédentes, se condenser dans l'exposé d'un cas type.

Une femme jeune, le plus souvent primipare, enceinte depuis deux ou trois mois, est prise brusquement d'une douleur aiguë dans le bas-ventre. Localisée dans la région inférieure de l'abdomen, la douleur s'irradie bientôt aux reins et aux cuisses. En même temps apparaissent une tendance aux nausées, parfois des vomissements ; souvent aussi une hémorragie se déclare, variable par sa quantité, cependant parfois assez abondante pour être inquiétante par elle-même.

Au palper, l'abdomen est douloureux, météorisé plus ou moins rapidement. La défense musculaire est appréciable.

La matrice, dont on recherche le fond, s'élève moins haut dans l'abdomen que ne le ferait supposer l'âge de la grossesse. De plus, sa position n'est pas médiane ; l'utérus plonge dans une fosse iliaque.

Au toucher, on sent le col plus ou moins haut,

toujours accessible, derrière la symphyse, jamais au-dessus.

En arrière du col, il est facile de parcourir avec le doigt un sillon profond, qui marque l'angle de flexion du col et du corps.

Le doigt qui parcourt le cul-de-sac postérieur reconnaît une masse plus ou moins rénitente qui est le fond de l'utérus. Cette masse est encore perçue dans l'un ou l'autre des culs-de-sac latéraux. Elle est plus ou moins mobile et les mouvements qu'on lui imprime se transmettent au col et réciproquement.

Par le toucher rectal, très utile, on arrive plus nettement encore à apprécier la masse utérine qui comprime toujours plus ou moins le rectum.

C'est par le rectum qu'on pourra se rendre compte de la mobilité de la matrice.

Tous ces symptômes s'accompagnent d'un état général plus ou moins grave, dès le début.

La fièvre, rare au début, peut se déclarer le deuxième ou troisième jour et atteindre 39 degrés et plus.

Le pouls traduit d'une façon plus prématurée les symptômes généraux et surtout l'irritation péritonéale, le *shock* abdominal.

Le facies peut s'altérer rapidement, et peut, par son expression, revêtir les caractères du facies péritonéal.

La constipation peut compliquer l'état général.

Il est rare que les fonctions vésicales soient troublées ou supprimées comme dans la rétroversion

utérine ; les troubles vésicaux, lorsqu'ils apparaissent, revêtent des caractères particuliers qui les rendent tout différents de ceux que l'on rencontre presque à coup sûr dans cette dernière affection.

Quant à la marche des symptômes de la rétroflexion aiguë, ils augmentent rapidement d'acuité. Les vomissements augmentent de fréquence et changent de caractère rapidement. Ils deviennent nettement bilieux, porracés dès le troisième jour. Le pouls s'accélère, la température s'élève ; l'hémorragie peut se répéter, accentuant par son abondance les phénomènes généraux et compromettant non seulement la vie de la mère, mais aussi celle du fœtus.

Les douleurs subissent tour à tour des intervalles de répit et des accès aigus internes. Le météorisme augmente.

L'état général s'aggrave et tout fait songer à une grave complication péritonéale.

Une intervention rapide s'impose sous peine de voir la malade épuiser toute sa résistance et mourir dans le collapsus ou la syncope.



SYMPTOMATOLOGIE

En lisant les observations précédentes, on est frappé de voir que la brusquerie des douleurs et des sensations éprouvées se déclare d'une façon à peu près identique, la marche des symptômes est à peu près la même dans chaque observation.

Dans les recherches que nous avons faites, afin de recueillir des observations analogues à celles qui font l'objet de ce travail, nous avons cru remarquer que les faits de rétroversion dans la grossesse étaient beaucoup plus nombreux que les cas de rétroflexion.

C'est qu'en effet la rétroflexion aiguë primitive brusque est rare. Cependant, il nous semble que la fréquence des rétroversions serait moins grande si certaines données anatomiques, qui définissent la rétroflexion, étaient plus soigneusement recherchées ou plus facilement contrôlées.

Il nous a été donné de voir dans les articles concernant ces deux formes de déplacement de la matrice que les auteurs employaient, pour un même cas, dans les descriptions cliniques s'y rapportant, les deux mots rétroflexion et rétroversion. Certaines

observations mêmes, dont le titre indiquait qu'il s'agissait d'une rétroversion brusque de l'utérus gravide, nous semblent relater des faits attribuables à la rétroflexion et non à la rétroversion, si nous lisons attentivement les renseignements fournis par le toucher vaginal ou le palper bilmanus.

Nombre d'observateurs n'insistent pas assez sur les symptômes physiques obtenus par l'examen (palper et toucher).

Ceci peut expliquer que dans certaines observations de rétroversion ou plutôt étiquetées comme telles, on puisse retrouver décrits des symptômes subjectifs rappelant ceux de la rétroflexion aiguë. Néanmoins — *dans les cas types* — les symptômes sont absolument distincts.

Le symptôme primordial qui caractérise la rétroversion, c'est toujours *la rétention d'urine*.

Si elle existe parfois dans la rétroflexion, elle manque souvent. *Elle manque surtout dans les cas les plus aigus*, les plus typiques, par exemple dans toutes nos observations et dans celle de Schwartze.

Les symptômes qui prédominent dans la rétroflexion sont avant tout des symptômes d'étranglement, de torsion, de gêne circulatoire de l'organe lui-même avec ses retentissements réflexes.

Les troubles déterminés par la rétroversion sont avant tout des phénomènes de compression du canal uréthral, soit directement, soit indirectement, et si l'on veut bien examiner pathologiquement des cas types

de *rétroversion*, on se rend facilement compte de ces faits :

Dans la *rétroversion*, l'utérus bascule d'une seule pièce, la partie supra-vaginale du col ne se coude pas.

Il n'y a pas *coudure*, d'où peu de troubles dans la circulation de l'organe.

Par contre, le col est fortement rejeté en avant et vient appuyer sur la face postérieure de la *symphyse*, et cela de tout le poids de l'utérus gravide. Ou bien (Bar) « le col fixé d'une manière plus ou moins solide au col de la vessie emmène ce dernier. Ce déplacement du col de la vessie est suivi de celui de l'urèthre qui, de plus, subit encore la traction exercée sur la paroi vaginale antérieure par le colutérin. Or, la paroi antérieure de l'urèthre étant fixée à la *symphyse* ne se laisse pas déplacer aussi librement que la paroi postérieure.

« Les deux parois glissent l'une sur l'autre dans le sens longitudinal, ce qui amène à la fin la suppression de la lumière du canal » (Bar).

La rétention d'urine est décrite dans tous les cas de *rétroversion* de l'utérus gravide.

C'est un des symptômes capitaux sur lequel tous les auteurs insistent et qui à lui seul peut être la seule manifestation d'une *rétroversion* utérine.

Nous serions d'avis même qu'une rétention d'urine peut être le signe d'une *rétroversion* qui vient de se produire.

Quelques observations types de *rétroversion* que

nous avons choisies dans les divers travaux parus sur la question et que nous reproduisons ici, permettront, en les comparant avec nos observations de *rétroflexion*, de faire mieux saisir ce que nous venons d'exposer.

OBSERVATION IX

(Moldenhauer *Arch. f. Gynæk.*, t. VI.)

J..., trente-trois ans, toujours bien réglée et bien portante.
Sept accouchements normaux, un avortement.

Cette femme a eu ses règles pour la dernière fois au commencement de juin ; depuis le commencement de septembre (grossesse de trois mois) la miction est difficile. en huit jours survient une rétention complète.

OBSERVATION X

(Witich d'Eisenach)

Femme de vingt-huit ans, enceinte pour la troisième fois.

Rétroversion brusque à la suite d'un effort, suivie de rétention incomplète.

Nous trouvons dans le même ouvrage de MM. Pinard et Varnier des observations de :

W. Hunter. — Rétroversion brusque de rétention à trois mois et demi.

Lyunn. — Rétroversion brusque suivie de rétention à quatre mois.

Crammoix. — Rétroversion brusque avec gêne de la miction à deux mois, mort par péritonite généralisée au troisième mois, vessie gangreneuse ouverte.

OBSERVATION XI

(Pinard)

G... , vingt et un ans, ménagère, entrée le 28 avril 1885 à l'hôpital Lariboisière, service d'accouchements du Dr Pinard.

Au mois de décembre 1884, elle cessa d'être réglée. Depuis lors, jusqu'à ces derniers quinze jours elle s'est très bien portée et n'a rien ressenti d'anormal du côté du petit bassin.

Elle assure qu'elle urinait bien; sans douleur, que son urine normale comme quantité était toujours claire. Les garde-robes régulières ne s'accompagnaient d'aucune douleur.

Quinze jours avant son entrée à l'hôpital, à la suite d'une promenade un peu longue, elle ressentit pour la première fois des douleurs dans le bas-ventre et *comme une grosseur qui lui descendait du ventre*. A partir de ce moment, surtout de la gêne dans la miction, gêne qui se montrait surtout la nuit.

Huit jours après le début de ces accidents, le jeudi 16 avril, sans cause appréciable, elle fut prise vers 5 heures du matin d'une *rétenction complète d'urine*.

Dans la *rétroflexion aiguë*, les phénomènes vésicaux répondent en général à des cas de moyenne gra-

tivité et nous les voyons survenir *surtout chez les multipares*. (Obs. Lordereau ; obs. III Thévenard) tandis que les cas aigus graves, à symptomatologie bien spéciale et caractéristique sont l'apanage de la *primipare*.

Ceci ne peut-il s'expliquer par ce fait que *chez la multipare*, les ligaments utéro-sacrés, et surtout la colonne vagino-périnéale, vrai moyen de fixation du col est plus lâche, moins serré chez la première et laisse toujours en même temps qu'il se fléchit le col basculer en arrière, ce qui atténue la flexion ; il y a flexion avec un certain degré de version qui provoque les phénomènes vésicaux. Tandis que, *chez la seconde*, le col fortement maintenu dans sa partie supra-vaginale ne pouvant basculer se coude en ce point. Il y a rétroflexion seulement ; pas de version, pas de phénomènes vésicaux.

Chez la *multipare*, dans une rétro-déviations brusque les ligaments utéro-sacrés céderont, d'où *rétroversion*.

Chez la *primipare*, c'est le col qui pliera, d'où *rétroflexion*.

Quoi qu'il en soit, il est à retenir :

1° Que la rétroversion est très fréquente chez la *multipare*, est rare chez la *primipare* ;

2° Que les cas typiques de *rétroflexion* brusque, aiguë, grave, déterminée par la grossesse se rencontrent surtout chez la *primipare*.

Dans la rétroflexion *au contraire*, les phénomènes vésicaux n'existent pas ; ou s'ils existent (cas rares

qui ne répondent pas aux cas types), ils sont moins constants que dans la *rétroversion* et s'ils se montrent, nous dit Chantreuil, « ce n'est guère que d'une manière progressive et non plus brusquement ».

Pourquoi ce symptôme ne se montre-t-il pas légalement dans la *rétroversion* et dans la *rétroflexion*.

Dans la *rétroflexion* aiguë, brusque, il y a coudure accentuée entre le col et le corps, le corps restant parallèle à l'axe de la filière génitale et par conséquent parallèle ou à peu près au canal de l'urètre ne viendra le comprimer fortement que s'il est à son tour repoussé, et dans son ensemble, par le fond de l'utérus venant faire tumeur au fond du Douglas.

La rétention, *si elle apparaît*, n'apparaîtra donc qu'*assez tardivement* alors que la pseudo-tumeur du Douglas aura pris un développement considérable par suite de phénomènes congestifs ou autres ; mais tous les cas ne sont pas types et parfois la *rétroflexion* s'accompagne ou est suivie d'un degré plus ou moins accentué *de rétroversion*.

Ce sont ces cas qui ont pu prêter à la confusion et être interprétés tantôt comme *rétroflexion*, tantôt comme *rétroversion*.

Examen abdominal. — L'examen de l'abdomen peut encore être rendu difficile par la contracture musculaire, par les douleurs violentes généralisées et aussi par le météorisme. Tous ces symptômes qui se voient toujours dans la *rétroflexion* aiguë, brusque, présentent un intérêt particulier.

Ce sont eux qui par leur soudaineté, leur violence

peuvent en imposer pour une complication péritonéale quelconque.

Ils font partie des symptômes impressionnants qui donnent au praticien appelé à les contrôler, l'idée de complications abdominales graves, peu ou pas du tout en rapport avec une grossesse normale.

Ce sont ces symptômes qui appellent plutôt l'intervention du chirurgien que de l'accoucheur.

Dans l'observation I, *la douleur* survient brusquement ; elle acquiert tout d'un coup une acuité extrême qui arrache des cris à la malade ; puis la douleur s'irradie, se généralise, se localise à la fois au bas-ventre, au périnée, aux reins, aux cuisses. Syncopale le plus souvent, cette douleur est diversement comparée par les malades à une sensation de barre ou à une sensation de décrochement brusque, etc.

Dans les intervalles où les douleurs paraissent moins vives, c'est toujours une sensation de pesanteur, de poussée au périnée, sur le rectum, dans les reins qui persiste.

À leur début ou dans leurs crises d'exacerbation, elles sont vives, aiguës comme les douleurs de la grossesse extra-utérine rompue.

Elles se manifestent avec la même violence que les douleurs de l'inondation péritonéale, de la péritonite généralisée, de la rupture utérine, en un mot de toutes les complications abdominales graves.

Le météorisme qui peut s'observer comme dans notre malade de l'observation I et celle de l'observa-

tion II, vient ajouter à la sévérité des symptômes observés.

Un abdomen douloureux spontanément et au palper, la contracture musculaire de la paroi, la rétention d'urine parfois, le météorisme souvent sont des symptômes qui gênent l'examen d'une part, et d'autre part suscitent déjà l'idée d'une affection grave.

Tous ces signes sont les premiers qu'il est permis de noter dès que l'on approche de la malade ; ils se complètent ensuite de l'examen du pouls, du facies, de la température. Ils précèdent l'examen vaginal ou rectal que nous étudierons en dernier lieu.

Les symptômes fonctionnels que la malade ou son entourage nous déclarent s'ajoutent aux précédents.

Ce sont les *nausées* ou les vomissements.

Les *vomissements* peuvent se déclarer tout d'un coup, en même temps que la douleur initiale par laquelle se manifeste le changement brusque d'attitude de l'utérus gravide.

Ils peuvent être simplement glaireux ou alimentaires, se manifester sous la forme de simples nausées, ou bien être bilieux, jaunes ou verdâtres et présenter les plus grandes ressemblances avec les vomissements de la péritonite aiguë.

Ces vomissements sont ordinairement d'origine réflexe ; ils sont l'expression du *shock* abdominal. Ils sont commandés par la flexion subite de la matrice et l'effet de ce brusque changement statique sur les plexus utéro-ovarien dont nous connaissons les connexions.

Ils ont été étudiés par de nombreux auteurs dans les rétro-déviations ; on leur attribue certains états pathologiques de la grossesse caractérisés justement par les vomissements incoercibles.

Les hémorragies peuvent être souvent observées. Proviennent-elles d'un petit décollement placentaire déterminé par la flexion utérine ? Sont-elles la manifestation d'une congestion utérine intense ?

Cette congestion utérine intense dont nous avons constaté toujours l'existence, dont nous avons essayé d'expliquer la nature et la valeur, qui est à la fois directement attribuée à la flexion du corps utérin, à sa torsion quelquefois et à l'action réflexe du système nerveux utérin peut être assez abondante pour faire songer à un décollement placentaire, à une menace d'avortement.

Mise à côté des autres signes (nausées, vomissements, météorisme, constipation... douleurs abdominales violentes), l'hémorragie utérine se place plutôt dans la symptomatologie de la grossesse extra-utérine, de la torsion d'un utérus fibromateux ou scléro-kystique.

Nous y reviendrons dans le chapitre du diagnostic ; c'est surtout dans les notions, obtenues par le toucher et le palper bimanuel, que nous trouverons les signes de la rétroflexion de l'utérus grévide.

Le toucher nous révélera la consistance du col (grossesse...), sa position, sa mobilité, son élévation.

Dans la rétroflexion utérine déterminée par la grossesse, le col pourra être sensiblement à sa place

habituelle, ou bien sera légèrement élevé et plaqué derrière la symphyse pubienne, mais *toujours accessible*.

S'il est sensiblement élevé, c'est que la rétroflexion se complique d'une légère version.

Le col subit en effet dans une certaine mesure l'action du corps utérin, tombé dans le Douglas, qui est de tirer sur la portion sus-vaginale du col, portion fixe, de l'attirer légèrement en arrière et par conséquent de faire tourner en sens inverse, la portion vaginale, la seule accessible au doigt.

Dans les cas types, le col ne bouge pas ou peu ; en tous cas, il est *toujours accessible*. Dans la rétroversion, il est *rarement accessible*.

Après avoir reconnu le col, le doigt le contournera, constatera sa mobilité ou sa fixité et, glissant en arrière de lui, ira reconnaître l'angle plus ou moins profond qui marque le point de flexion du corps et du col, le sommet de l'angle.

Le toucher rectal est ici d'une importance capitale on sait en effet que ce mode d'exploration est très employé en gynécologie pour reconnaître l'état du cul-de-sac de Douglas et de la face postérieure de l'utérus sur laquelle on tombe directement. Dans la rétroflexion, elle permet de sentir directement le fond de l'utérus, d'en apprécier le volume et la mobilité, surtout si l'œdème vaginal qui s'observe dans les cas de rétroflexion aiguë (obs. I Thévenard) rend le toucher vaginal difficile ou insuffisant.

DIAGNOSTIC

De la lecture des observations que nous avons recueillies et de la symptomatologie, on peut se faire une idée de la difficulté que présente le diagnostic de la rétroflexion aiguë, brusquement déterminée par la grossesse et compliquée ou non de torsion. Les symptômes, observés dans ces cas, présentent une telle analogie avec la grossesse extra-utérine rompue, avec la torsion d'une tumeur pédiculée ou avec la torsion d'un utérus fibromateux qu'il nous semble nécessaire de comparer les symptômes de ces accidents et de noter jusqu'à quel point on peut les différencier de ceux de la rétroflexion aiguë.

Nous éliminerons tout d'abord les cas où les accidents, occasionnés par la rétroflexion, n'atteignent pas la brusquerie et la gravité des cas aigus. Ce sont les cas où la rétroflexion de l'utérus s'est établie, à la faveur de la grossesse, d'une façon lente, progressive, avec des manifestations cliniques peu sévères, suivies de périodes d'accalmie et de silence, aboutissant plus ou moins tard aux accidents d'incarcération étudiés dans tous les ouvrages et que nous n'avons signalés dans notre travail que pour étudier

l'influence de la grossesse dans leur mécanisme et pour en différencier la symptomatologie et la physiologie clinique des accidents d'avec les cas de rétroflexion brusque aiguë.

Dans la rétroflexion aiguë, compliquée ou non de torsion, la douleur violente, soudaine, les hémorragies externes, la réaction péritonéale, le météorisme, les symptômes généraux (pouls, facies, syncopes, vomissements, etc...) sont les mêmes expressions symptomatiques que prennent la grossesse extra-utérine ou la torsion des tumeurs pédiculées pour se manifester. Il faudra donc apporter un soin tout particulier dans l'examen de la malade. Le toucher surtout qui pourra souvent renseigner le chirurgien sur la position de la matrice, la situation de ses différents segments, la plus ou moins grande mobilité du corps pourra être utilement complète par le toucher rectal.

On pourra ainsi éliminer dans les cas simples la dureté d'un utérus fibromateux rétrofléchi, la fluctuation spéciale d'un kyste de l'ovaire tombé dans le douglas, la dépressibilité flasque d'une hémato-cèle rétro-utérine.

Certains auteurs ne considèrent pas comme trop dangereux de cathétériser prudemment l'utérus avec une sonde molle.

Chantreuil estime ce procédé dangereux et infidèle et lui préfère le toucher intra-utérin.

« En y mettant une lenteur et une douceur extrême, et s'il le faut, en soumettant la malade à l'influence

du chloroforme, on arrive à dilater les orifices du col et à faire pénétrer l'indicateur jusque dans la cavité du corps de de l'utérus.

» Ce moyen d'investigation dont nous devons la connaissance à mon excellent maître le D^r Tarnier donne des résultats plus précis et plus certains que le cathétérisme sans exposer à plus d'inconvénients ».

L'examen de la malade sous le chloroforme sera parfois nécessaire ; il sera préférable d'y recourir avant les procédés de cathétérisme qui peuvent être considérés comme dangereux.

L'anesthésie chloroformique aura l'avantage de relâcher les muscles abdominaux, de supprimer les réflexes et de permettre un palper et un toucher plus profond, plus complet et plus facile.

Dans les cas graves, compliqués ou non de torsion, il nous paraît impossible de faire le diagnostic.

Dans les cas de rétroflexion aigüe, compliquée de torsion, le diagnostic des deux complications est impossible : elles se confondent, l'une accentue l'autre.

La gravité des symptômes impose au chirurgien dans ces cas la nécessité d'une résolution rapide.

Dans ces cas qui mettent le chirurgien en face de plusieurs diagnostics, il est permis de dire que la laparotomie exploratrice pourra être judicieusement décidée.

En effet, dans les cas de grossesse extra-utérine

rompue, dans les cas de torsion utérine, la laparotomie est toujours indiquée.

Le chirurgien qui, dans le doute, décidera la laparotomie, aura le double avantage de pouvoir faire un diagnostic précis, définitif, et de n'avoir rien entrepris qui puisse nuire au traitement de ces différents cas.

Nous le verrons au chapitre du traitement.

En résumé, *la laparotomie* pourra être la dernière ressource du diagnostic.

TRAITEMENT

Nous dirons pour terminer quelques mots du traitement.

Une matrice gravide rétrofléchie doit être remise en bonne position par n'importe quel moyen sous peine de compromettre à bref délai la vie de la mère et du fœtus,

On devra donc essayer tout d'abord les moyens ordinaires dans ces cas-là.

Ce sont d'abord les moyens statiques.

Les moyens statiques seront basés sur ce principe que si la grossesse a pu, dans certaines conditions, déterminer la chute de la matrice en arrière, peut, dans des conditions inverses, provoquer sa chute en avant et par conséquent sa réduction.

La position génu-pectorale est celle qui réalise les meilleures conditions pour provoquer le dégagement de l'utérus de la cavité pelvienne et notamment de la concavité sacrée.

Ce moyen a donné des résultats.

Mais il est certain qu'il échoue souvent, et qu'un utérus rétrofléchi, congestionné et par conséquent augmenté de volume, souvent « incarcéré » suivant

l'expression consacrée, peut très bien ne pas parcourir avec facilité, en sens inverse, la trajectoire qu'il a décrit brusquement vers le sacrum.

Il faut donc essayer de l'aider par les moyens manuels ou à l'aide d'instruments appropriés.

Le procédé qui consiste à atteindre le dôme utérin par le cul-de-sac postérieur et par une pression lente et uniforme tend à le soulever et à le pousser en avant, doit être toujours essayé.

Il peut réussir si la matrice est mobile, si la rétroflexion n'a déjà pas amené une notable augmentation de volume de l'utérus.

Si ce procédé ne donne aucun résultat, il faut essayer la pose d'un ballon dans le rectum.

Ce procédé peut réussir là où le précédent a échoué car la matrice prise tout à fait en dessous subit mieux une force lente et contenue qui tend à la faire surgir de la cavité pelvienne.

Lorsque ces différents moyens ont échoué, on peut essayer la réduction sous chloroforme et décider la laparotomie en cas d'insuccès.

La laparotomie sera du reste décidée d'autant plus rapidement que les symptômes observés seront graves. Dans certains cas elle s'impose, en particulier, dans les cas d'incertitude de diagnostic.

Dès l'ouverture de l'abdomen, il sera facile de soulever l'utérus en contournant ses faces latérales ou en repoussant de haut en bas l'utérus en masse vers le vagin pour le dégager, ou même en favorisant la réduction par une action concordante de l'aide

poussant par le vagin, par le cul-de-sac postérieur.

Quant aux hysterohexies, elles nous paraissent contre-indiquées. Certaines sont impossibles à cause de la grossesse ou dangereuses. De plus, elles sont le plus souvent inutiles, car la matrice, grâce au développement de la grossesse, n'aura aucune tendance à retomber dans le Douglas, si on a soin de maintenir la malade au repos pendant quelques jours, l'abdomen étant maintenu par un large pansement compressif, et surtout par un tamponnement vaginal. Conseiller pour la nuit la position verticale. Il sera facile, avec un bon bandage de corps et de larges coussinets d'ouate placés sur les flancs, de maintenir la matrice à peu près immobile.

Dans un cas, le Dr Thévenard a cru devoir poser en arrière de la matrice, plongeant dans le cul-de-sac de Douglas, un gros drain faisant attelle et soutenant l'utérus dans une bonne antéflexion pendant quelques jours (obs. III).

CONCLUSIONS

1° Il existe une rétroflexion de l'utérus, survenant pendant les premiers mois de la grossesse et déterminée par elle.

Cette rétroflexion qui reconnaît chez la primipare comme cause première déterminante la gravidité, peut être favorisée par les mêmes causes secondaires qui déterminent la rétroflexion de l'utérus à l'état de vacuité, du moins chez les multipares.

C'est ainsi qu'une rétroflexion partielle, préexistante à la grossesse, est complétée par elle ;

2° La rétroflexion de l'utérus gravide se présente sous deux formes :

a) Rétroflexion *aiguë*, brusque ;

b) Rétroflexion *subaiguë*, lente, chronique.

Elles peuvent se compliquer de *torsion* de l'utérus.

3° La symptomatologie est liée aux formes cliniques.

Aiguë. — La rétroflexion présente des symptômes analogues, à cause des torsions des tumeurs pédiculées ou de la torsion utérine même, dont elle se complique quelquefois.

Lente. — Elle présente des symptômes subaigus, à répétition, aboutissant plus ou moins tardivement à des symptômes aigus.

4° Le diagnostic, ordinairement assez facile dans la forme lente, peut présenter des difficultés insurmontables, surtout dans la forme *aiguë*. Il offre un gros intérêt chirurgical car il est à différencier avec la torsion des tumeurs pédiculées ou non, telle la torsion des fibromes, la torsion utérine, la grossesse extra-utérine, l'hématocèle, etc., cas pour lesquels le chirurgien est surtout appelé ;

5° Comme traitement, la réduction non sanglante et prudente, suivant les diverses méthodes, devra toujours être essayée.

La laparotomie, *judicieusement décidée* lorsque l'incertitude du diagnostic s'aggrave de l'état du malade, *s'impose* pour le traitement d'un *utérus gravide rétrofléchi non réductible*.

Les hystéropexies certaines, impossibles ou dangereuses dans le cas particulier, d'autres inutiles, ne nous semblent pas à conseiller.

La pose d'un gros drain abdominal rétro-utérin faisant attelle dans le pelvis peut être quelquefois utilement indiquée sous certaines conditions.

Vu : Le Président de la thèse,

M. QUÉNU

Vu : Le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- COTTIGNY. — Rétroversion utérine dans la grossesse. Thèse de Paris, 1862.
- SALMON. — Thèse de concours, 1863, même titre.
- CURIE. — Thèse de Paris, 1869.
- MEYNIER (J.-C.). — Étude des déviations de l'utérus gravide, 1876.
- CHANTREUIL. — Rétroversion et rétroflexion d'un utérus gravide (in Gazette des hôpitaux, 1878, n° 26).
- GOUTCHAROFF (Catherine). — Des flexions utérines. Thèse de Paris, 1877.
- DEPAUL. — Renversement de l'utérus gravide (Gazette des hôpitaux, n° 113, 1879).
- BOUILLY. — Rétroflexion de l'utérus (Gazette de Paris, n° 53, 1881).
- KRONER (P.). — Ein seltener Fall von retroflexio uteri gravidi in centralbl. f. gyn., n° 49, 1882.
- AHFLED. — Contribution à l'étude de la rétroflexion de l'utérus gravide (in Ber. u. arbsten, p. 237, 1883).
- CHOQUET. — Kyste de l'ovaire avec concomitance de grossesse dans un utérus en rétroversion (Journ. des sc. méd. de Lille, 1907, p. 370-374).
- DENTU (Le) et DELBET. — Traité de chirurgie, t. X, 1^{re} partie.
- VANDERHAYEN. — Étiologie. Pathogénie et traitement des rétro déviations utérines. Thèse de Paris, 1891.

- DOLÉRIS. — Pathogénie et traitement des flexions utérines (in Gazette des hôpitaux, 1888, p. 23. Annales de gynécologie, février-mai 1887, p. 85 et 338).
- DOLÉRIS. — Statique utérine et plancher pelvien (in Nouvelles Archives d'Obst. et de Gynécologie, 1890).
- LE DENTU. — La Crête médiane postérieure du corps de l'utérus envisagée comme signe de rétro-déviation (in Bulletin de la Société de Chirurgie, 1895, t. XXI).
- PETIT (Paul). — Réflexions cliniques et opératoires sur 66 cas de déviations utérines (in Semaine gynécologique, 1896).
- BUDIN et DEMELIN. — Accouchements et allaitement, p. 664.
- LABADIE-LAGRAVE. — Traité de Gynécologie, p. 371.
- JAYLE et LIMA. — Revue de Gynécologie, 1897, p. 1020.
- PINARD et VARNIER. — Annales de Gynécologie et d'Obstétrique, 1887.
- Semaine gynécologique, 1898.
- Annales gynécologiques, 1896.
- REYNIER. — Traitement des rétro-déviation (in Journal de Médecine de Paris, 1896).
- AUDEBERT. — Hystéropexie et grossesse (Arch. clin. de Bordeaux, 1897).
- Semaine gynécologique, 1897. Rapport de Pichevin, in Congrès international d'obstétrique et de gynécologie de Genève, octobre 1897.
- RIEFFEL. — Organes génito-urinaires in Traité d'anatomie de Poirier (Semaine gynécologique 1898, 325 342).
- Gynécologie. Paris, 1902, VII, 200-212).
- Torsion axiale de l'utérus, in Gynécologie, 1904.
- Archives de Tocologie, 1874-1875.
- Rétro-déviation irréductibles. Traitement. Th. de Jacobs., Paris.
- HARDOUIN. — Rétroversion gravidé. Thèse de Paris, 1895-1896.

BEIX. — Rétro-déviation, 1907-1908.

CUGNO. — Rétro-déviation, 1906-1907.

FERRY. — Rétro-déviation, 1905-1906.

FIGUERA. — Traitement de la rétroversion à l'état de vacuité et pendant la grossesse.

DUMONT. — Déviations consécutives à l'infection puerpérale, 1901-1902.

Forme.

